



Pró-Reitoria de Extensão  
e Assuntos Comunitários



Universidade Federal  
de São João del-Rei

**FICHA DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO – DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ SIS \_\_\_\_\_

DATA NASC.: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ORIGEM:

- APS: \_\_\_\_\_  BUSCA ATIVA  ENCAMINHAMENTO CEM  
 PROTOCOLOS  DEMANDA ESPONTÂNEA

**1ª CONSULTA – DATA:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **HORÁRIO DE INÍCIO:** \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**PRINCIPAL DIAGNÓSTICO:**

- HAS  Diabetes  Asma

**CO-MORBIDADES:**

**DADOS CLÍNICOS** (exames e resultados de avaliações):

**MEDICAMENTOS EM USO/POSOLOGIA:**

**QUEIXAS E PERCEPÇÕES DO PACIENTE:**

Satisfação com o resultado do tratamento hoje:      0      1      2

**PFT:**

Principal:      Necessidade      Efetividade      Segurança      Adesão

**EXAMES SOLICITADOS:**  Sim  Não

Quais exames: \_\_\_\_\_



Pró-Reitoria de Extensão  
e Assuntos Comunitários



Universidade Federal  
de São João del-Rei

### PLANO DE INTERVENÇÃO:

-  
-  
-  
-

DATA DO RETORNO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_:

HORÁRIO DE TÉRMINO DA CONSULTA: \_\_\_\_\_:

CONSULTA Nº \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_:

### PERCEPÇÕES DO PACIENTE:

PFT foi resolvida?  Sim  Não  Parcialmente

Satisfação com o resultado do tratamento hoje: 0 1 2

### AVALIAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

INTERCORRÊNCIAS:  SIM  NÃO

### RESULTADOS DE EXAMES SOLICITADOS:

NECESSIDADE DE NOVAS METAS:  SIM  NÃO

### NOVO PLANO DE INTERVENÇÃO:

DATA DO RETORNO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

HORÁRIO DE TÉRMINO DA CONSULTA: \_\_\_\_\_