



Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários



SERVIÇO DE FARMÁCIA CLÍNICA



Universidade Federal de São João del-Rei

FICHA DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO – DATA: ____ / ____ / ____

NOME: _____ **SIS:** _____

DATA NASC.: _____ **IDADE:** _____ **UBS:** _____

ORIGEM:

APS BUSCA ATIVA ENCAMINHAMENTO CEM PROTOCOLOS DEMANDA ESPONTÂNEA

1ª CONSULTA – DATA: ____ / ____ / ____

HORÁRIO DE INÍCIO: ____ : ____

PRINCIPAL DIAGNÓSTICO: HAS Diabetes Asma

CO-MORBIDADES:

QUEIXAS E PERCEPÇÕES DO PACIENTE:

DADOS CLÍNICOS:

(exames e resultados de avaliações):

MEDICAMENTOS EM USO/POSOLOGIA:

Satisfação com o resultado do tratamento hoje: 0 1 2

PFT: Necessidade Efetividade Segurança Adesão

EXAMES SOLICITADOS: Sim Não

Quais exames: _____

PLANO DE INTERVENÇÃO:

-
-
-

HORÁRIO DE TÉRMINO DA CONSULTA: ____ :

DATA DO RETORNO: ____ / ____ / ____ **HORÁRIO** ____ :



Pró-Reitoria de Extensão
e Assuntos Comunitários



Universidade Federal
de São João del-Rei

CONSULTA Nº _____

DATA: ____ / ____ / ____

HORÁRIO DE INÍCIO DA CONSULTA: ____:____

PERCEPÇÕES DO PACIENTE E AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES:

PFT foi resolvida? Sim Não Parcialmente

Satisfação com o resultado do tratamento hoje: 0 1 2

RESULTADOS DE EXAMES SOLICITADOS:

NECESSIDADE DE NOVAS METAS: SIM NÃO

NOVO PLANO DE INTERVENÇÃO:

HORÁRIO DE TÉRMINO DA CONSULTA: ____:____

DATA DO RETORNO: ____ / ____ / ____