



SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO – DISLIPIDEMIA

FICHA DE ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

(CARVALHO, Gissele de farias; GRISÓLIA, Alan; SILVA, Marcos Valério Santos da)

PERFIL DO PACIENTE

Nº Prontuário Farmacêutico:	Nº Prontuário Hospitalar:		
Nome:		Data: / / 20____	
Data de nascimento:		Idade:	Sexo: () F () M
Endereço:			
Complemento:		Telefone(s):	
Escolaridade:		Ocupação:	
Renda mensal:		Médico:	
CNS:	Peso:	Altura:	IMC:
Mora com quem? () sozinho () Esposo(a) () Filho/os/a/as () Outros :.....			
Limitação: () Não () Sim, Qual? :.....			
Tem cuidador? () Não () Sim, Nome:..... Telefone:.....			
Local de armazenamento dos medicamentos:.....			
Gestão do medicamento: () Toma sem ajuda () Incapaz de tomar sozinho () Precisa de lembretes ou de assistência Obs:.....			

HISTÓRIA SOCIAL

Alergias? () Não () Sim, Quais?			
Fumante: () Não () Fumava, mas parou há.....meses/anos. () Sim, há.....meses/anos.			
Bebida alcoólica: () Não () Sim, Qual?..... Qtde?.....			
Exercício físico: () Não () Sim, qual (is)?..... Frequência: (1x sem) (2-3x sem) (>3x)			
Ingestão de água / dia: () Pouca / 4-6 copos () Suficiente / 7-9 copos () Bastante / 10 ou mais			
Considera ter uma alimentação saudável : () Sim () Não			
Alimentação (breve relato):			
Café:			
Almoço:			
Jantar:			
Lanches:			
Faz Restrições: () Não () Sim, quais?.....			

CONHECIMENTO RELACIONADO A DOENÇA

Você sabe o que é a dislipidemia? () Sim () Não			
Você conhece os riscos relacionados à doença? () Sim () Não			
Você sabe como reduzir os riscos dessa doença? () Sim () Não			

O que você faz?.....

PROBLEMAS DE SAÚDE

Possui outros problemas de saúde? () Não () Sim, Quais?.....

Algum problema não é tratado? () Não () Sim, Qual (is)?.....

Possui história familiar de: () DM () HAS () DSL () Outras:.....

Já teve algum evento cardiovascular? () Não () Sim, Qual (is)?.....

Está sentindo /sentiu algum dos sintomas abaixo, nos últimos meses? () Não () Sim, Quais ?

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------|
| () Fadiga / Cansaço | () Problemas de sono | () Dor muscular | () Palpitação |
| () Dor de estômago | () Mudança de humor | () Dor de cabeça | () Diarréia |
| () Coceira / Urticária | () Tontura / () Problema sexual | | () Câimbras |
| Desequilíbrio | | | |
| () Problemas hepáticos | () Formigamento | () Dor articular | () Outros |
| () Azia / Má digestão | () Incontinência urinária | () Constipação | |

FARMACOTERAPIA ATUAL

Informações obtidas de prescrição, caixas de remédios e dadas pelo paciente	Informações obtidas da prescrição	Informações obtidas com o paciente								Observações	
Princípio ativo/ Concentração	Posologia Prescrita	Posologia Utilizada									
		Café		Almoço		Lanche		Jantar		Dormir	SN
A	D	A	D	A	D	A	D	-	-		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

Sabe para que serve todos os seus medicamentos? () Não () Sim,

Qual deles não sabe?.....

Automedicação? () Não () Sim, quais?.....

Acesso aos medicamentos que não fazem parte do CEAF: () Gratuito () Parcialmente gratuito

Já apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? () Não () Sim,

Quais?.....

Faz uso de terapias complementares? () Não () Sim.

() Homeopatia () Acupuntura () Garrafada / lambedor

() Fitoterapia () Chás () Outros?

DADOS CLÍNICOS / LABORATORIAIS											
	Inicial	1º Atendimento	2º Atendimento	3º Atendimento	4º Atendimento	5º Atendimento					
Data											
Glicemia Capilar											
PA	1.										
	2.										
	3.										
Média											
Data Exames											
Glicemia jejum											
CT											
TG											
LDL-c											
HDL-c											
Não HDL-c											
CPK											
ALT/TGP											
AST/TGO											
METAS											
Inicial:											
<input type="checkbox"/> Iniciar atividade física		<input type="checkbox"/> Aderir a dieta		<input type="checkbox"/> Reduzir LDL							
<input type="checkbox"/> Aderir ao(s) medicamento(s)		<input type="checkbox"/> Perder peso		<input type="checkbox"/> Reduzir TG							
<input type="checkbox"/> Manter valores lipídicos normais		<input type="checkbox"/> Parar de fumar		<input type="checkbox"/> Aumentar HDL							
<input type="checkbox"/> Melhorar outros perfis: glicemia, Pressão Arterial, Tireóide											
Final:											
<input type="checkbox"/> Alcançou totalmente <input type="checkbox"/> Alcançou parcialmente <input type="checkbox"/> Não alcançou											
INTERVENÇÕES											
Data	Tipos				Aceitas						
					<input type="checkbox"/> Sim						
					<input type="checkbox"/> Não						

NOTAS: EM (encaminhamento ao médico); EO (encaminhamento ao odontólogo); CM (conciliação medicamentosa); AC (aconselhamento comportamental); MR (monitoramento residencial); SAT (sugestão de alteração de terapia).

Desenvolvida dentro do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Pará.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. - 2. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 596 p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. **Ministério da Saúde**, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Brasília, 2014. 308 p. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; Caderno 2).