



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO E BARROS BARRETO



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