



Prefeitura Municipal de Belém  
Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA)  
Unidade Básica de Saúde do Jurunas (UBS-Jurunas)  
Serviço de Farmácia  
Farmácia Clínica da UBS Jurunas (FARMCLIN)

## **PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**



**2021**

---

**Maurício Cesar Soares Bezerra**  
Secretário Municipal de Saúde

**Maria Pantoja Moreira**  
Referência Técnica em Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

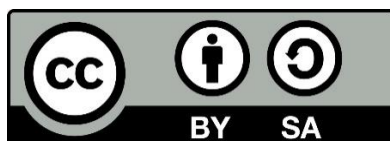
**Priscila de Nazaré Quaresma Pinheiro**  
Farmácia Clínica da Unidade Básica de Saúde do Jurunas

**Ana Paula Bastos Ferreira Vieira**  
**Valdenira Gonçalves da Silva**  
Organizadores

**Maria Lucia Dias Tavares**  
**Hayllen Mayara Santos Gonçalves Rocha**  
**Marcieni Ataíde de Andrade**  
**Marcos Valério Santos da Silva**  
Colaboradores

**Belém – Pará**  
**2021**

**Este trabalho está licenciado sob a Licença Atribuição-Compartilha Igual 4.0 Internacional Creative Commons. Para visualizar uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> ou mande uma carta para Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.**



# Apresentação

A Unidade Básica de Saúde do Jurunas (UBS-Jurunas) está localizada no bairro do Jurunas, no município de Belém do Pará, e é uma unidade de atendimento mista, realiza atendimentos para a atenção básica e para a urgência/emergência. A unidade dispõe de clínicas básicas, odontologia, psicologia, nutrição, serviço social e farmácia. Possui instalações físicas para assistência como sala de nebulização, sala de imunização, sala de enfermagem, sala de curativo, sala de repouso/observação e sala de informática e produção. E tem serviços especializados, como serviços de atenção à DST/HIV/AIDS, de atenção à saúde reprodutiva, atenção ao paciente com tuberculose e hanseníase, atenção em saúde bucal, serviços de diagnóstico por imagem, laboratório clínico, anatomia patológica, citopatológica, coleta de materiais biológicos e a equipe consultório de rua.

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) é fruto de um trabalho incansável dos colaboradores e alunos que integram o projeto Farmácia Clínica da UBS-Jurunas (FARMCLIN). Este POP tem o propósito de alcançar uma instrumentalização e harmonização dos processos de trabalho, serviços e procedimentos farmacêuticos para viabilizar a execução da consulta farmacêutica na atenção básica à saúde. Este POP objetiva a sistematização, o ordenação e o melhor gerenciamento das etapas da consulta farmacêutica e desta forma auxiliar na implantação dos consultórios farmacêuticos.

A consulta farmacêutica pode ser adjetivada como serviço clínico farmacêutico, que é um encontro entre o paciente e o farmacêutico, no qual objetiva-se os melhores resultados com as farmacoterapias, promover o uso racional dos medicamentos e de outras tecnologias em saúde, alcançar a promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de doenças e outras condições de saúde através do acompanhamento da evolução dos pacientes (BRASIL, 2015, 2019). O registro da evolução dos pacientes pode ser feito pelo método SOAP, o método mais utilizado no Brasil, que fornece ao farmacêutico algumas ferramentas e uma série de etapas, abordagens e procedimentos para a realização de um atendimento clínico. O SOAP aborda os dados subjetivos, dados objetivos, a avaliação e o plano de cuidado (BRASIL, 2015, 2019).

A idéia central para elaboração deste POP tem como base alguns eixos tratados nas publicações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, 2019), com enfoque nos aspectos metodológicos das fases de elaboração, implantação e uso de instrumentos de apoio para o serviço de cuidado farmacêutico na atenção básica (BRASIL, 2015, 2019).

As etapas para execução da consulta descritas nesse POP foram definidas conforme etapas sequenciais propostas no método SOAP para o cuidado farmacêutico. Isso nos permitiu definir sete etapas de execução que foram codificadas em 1, 2, 3, 3A, 3B, 3C, 3D e 4, conforme se observa no fluxograma de execução da consulta farmacêutica (Figura 1). Foi elaborado um fluxograma de execução da consulta farmacêutica para representação gráfica da sequência de etapas da consulta farmacêutica e um diagrama de etapas (Figura 2) para mapear de forma clara e objetiva o processo, permitindo-se compreender de forma rápida a execução da consulta farmacêutica.

Os instrumentos utilizados neste POP são encontrados na literatura como instrumentos de apoio para o serviço de cuidado farmacêutico desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, 2019) e pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2016). No entanto, todos os instrumentos selecionados foram adaptados conforme a necessidade local, readequados na forma de formulários (APÊNDICE) e codificados com letras e números em ordem sequencial (de FO 01 a FO 18) para facilitar o seu uso. A relação dos mesmos e as referências bases, na qual foram extraídos, estão listadas na tabela S2 (APÊNDICE). A descrição das atividades que compõe as etapas de execução da consulta farmacêutica, bem como os formulários que auxiliam em cada etapa podem ser consultadas na tabela S1 (APÊNDICE). A descrição dos procedimentos de trabalho segue o modelo de procedimento operacional padrão, visando um rigor metodológico e sistemático para a execução das etapas da consulta farmacêutica. O modelo estrutural de formatação dos procedimentos deste POP foi adaptado das regras do manual de formatação de POPs da EBSEH (2014).

Esta publicação reflete o impacto positivo da capacitação do Projeto Cuidado Farmacêutico no SUS do município de Belém, realizado com a finalidade de mudar a arquitetura das unidades básicas de saúde do município, e na expectativa de inserir os profissionais farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, de forma integrada, às equipes multiprofissionais de saúde para o acompanhamento farmacoterapêutico e para a gestão das condições de saúde dos usuários das unidades de saúde (BRASIL, 2016; CFF, 2019).

A motivação para a construção do POP partiu da observação do cenário atual na UBS JURUNAS o qual se fazia necessário o procedimento operacional padrão para nortear e normatizar a consulta farmacêutica, bem como o processo de registro no sistema do SUS de todos os serviços e procedimentos realizados pelo profissional farmacêutico, através da farmácia clínica, no âmbito da atenção primária.

O reconhecimento do registro da produção farmacêutica deu-se após a atualização da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais do SUS e alteração o

código do farmacêutico na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Com a alteração do código, foi vinculado quarenta e nove procedimentos remunerados pelo SUS, o que oportuniza a captação de recursos financeiros para a gestão municipal, otimizando assim as políticas de saúde públicas (CFF, 2018).

Evidencia-se ainda, a extrema importância que tal proposta traz no contexto da integração ensino-serviço-comunidade, pois permite orientar o processo de formação, a fim de qualificar profissionais e torná-los capazes de compreender e agir com integralidade nas práticas em saúde (SOUZA, 2018). E, foi nesse cenário que o Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica – PPGAF caracterizou-se como essencial, pois oportunizou tal construção, contribuindo assim de maneira valorosa como fonte de conhecimento e produção científica.

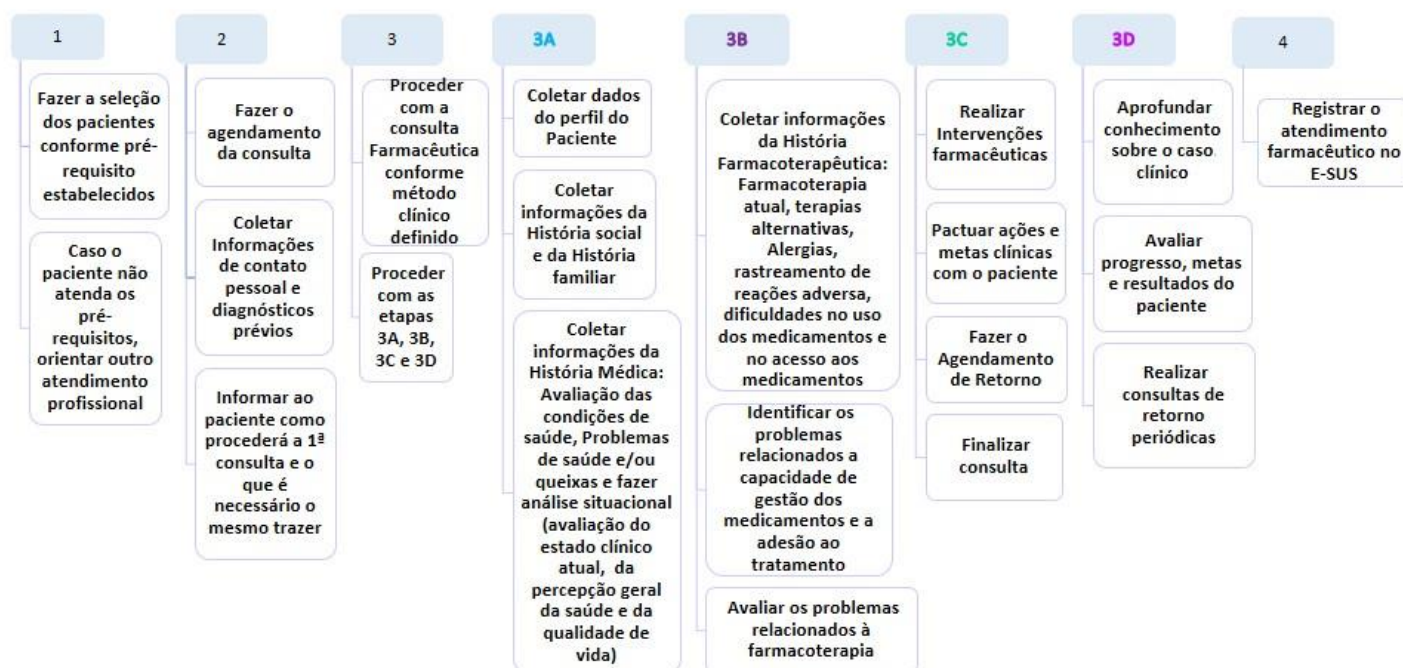
Dessa forma, este POP representa uma importante proposta de ferramenta gerencial para auxiliar na implantação da consulta farmacêutica na UBS-Jurunas. É uma notável iniciativa para viabilizar a implantação de consultórios farmacêuticos na rede de atenção básica do município de Belém, para a ampliação do escopo de serviços das unidades básicas de saúde e para o fortalecimento da atenção primária à saúde.

**Figura 1. Fluxograma de Etapas de execução da Consulta Farmacêutica**



Fonte: Autores

**Figura 2. Diagrama de Etapas da Consulta Farmacêutica**



**Fonte:** Autores

Este POP deverá ser consultado sempre que houver dúvidas em relação as técnicas a serem executadas durante a consulta farmacêutica.

Este POP poderá ser revisado sempre que houver atualização de legislação e/ou quando houver necessidade.



# Lista de Siglas e Abreviaturas

<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupações
<b>CDS</b>	Coleta de Dados Simplificada
<b>CNS</b>	Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS)
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
<b>FARMCLIN</b>	Farmácia Clínica da Unidade básica de Saúde do Jurunas
<b>FO</b>	Formulário
<b>POP</b>	Procedimento Operacional Padrão
<b>PPGAF</b>	Programa de Pós Graduação em Assistência Farmacêutica
<b>SESMA</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Belém
<b>SOAP</b>	<i>Method Subjective, objective, assessment and plan</i>
<b>UBS-Jurunas</b>	Unidade Básica de Saúde do Jurunas

# Sumário

1. Seleção dos Pacientes (Etapa 1) .....	1
2. Agendamento da Consulta (Etapa 2).....	2
3. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – (Etapa 3) .....	3
4. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Coletar e Organizar dados do paciente (Etapa 3A). .....	4
5. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Identificar os problemas (Etapa 3B). .....	6
6. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Elaborar plano de cuidado (Etapa 3C). .....	8
7. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Realizar Seguimento Individual (Etapa 3D) .....	10
8. Registro do atendimento farmacêutico no E-SUS (Etapa 4) .....	12
REFERÊNCIAS .....	13
APÊNDICES .....	14
ANEXOS .....	47



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas

Emissão: 2020

Revisão: 2021

Versão: Nº 01

## 1. Seleção dos Pacientes (Etapa 1)

**1.1 OBJETIVO:** Selecionar o paciente para a consulta farmacêutica.

**1.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação.

**1.3 DEFINIÇÃO:** A seleção deverá ocorrer antes do agendamento da consulta farmacêutica. Poderão serem recebidos pacientes oriundos da busca ativa, demanda espontânea e/ou encaminhados por outros profissionais de saúde. O público-alvo deste serviço são portadores de doenças crônicas ou não, usuários polimedicados e/ou com problemas relacionados as farmacoterapias.

### 1.4 MATERIAIS:



- Formulário: (FO 01) – Seleção de Pacientes para a Consulta Farmacêutica

### 1.5 PROCEDIMENTO:

- A seleção deverá ocorrer na farmácia da UBS-Jurunas antes do agendamento.
- Receber o paciente e certificar-se sobre sua compreensão geral a cerca da consulta farmacêutica.
- Aplicar o formulário FO 01 por meio de perguntas diretas e breves.
- Não é necessário o preenchimento de um formulário para cada paciente. Basta que no momento da seleção, o profissional perceba que o paciente se enquadra nos critérios de seleção.
- Se o paciente atender os critérios de seleção, contido no formulário FO 01, proceder com o agendamento da consulta.

### 1.6 OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente não atenda os critérios de seleção, orientar para outro atendimento profissional.

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
<i>Emissão:</i> 2020	<i>Revisão:</i> 2021	<i>Versão:</i> Nº 01

## 2. Agendamento da consulta (Etapa 2)

**2.1 OBJETIVO:** Marcação da consulta farmacêutica.

**2.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação.

**2.3 DEFINIÇÃO:** O agendamento deverá ocorrer logo após a etapa de seleção. Nesta etapa serão realizadas as marcações das consultas e fornecidas as primeiras orientações ao paciente.

### 2.4 MATERIAIS:

- Formulário (FO 02) – Agenda da Consulta Farmacêutica
- Formulário (FO 03) – Cartão Controle de Saúde

### 2.5 PROCEDIMENTO:

- O agendamento deverá ocorrer na farmácia da UBS-Jurunas.
- Deverá ser realizado após a seleção.
- Para o agendamento da primeira consulta deverá ser solicitado ao paciente informações como nome completo, endereço, telefone e existência de diagnóstico prévio de doenças crônicas.
- No formulário FO 02, marcar a opção “1<sup>a</sup>” se primeira consulta e a opção “R” se consulta de retorno.
- Para o agendamento de consultas de retorno deverá ser solicitado ao paciente apenas o nome completo e telefone para contato.
- Observar os horários disponíveis na agenda.
- Proceder com a marcação da consulta e a anotação dos dados coletados, nos respectivos campos da agenda.
- Para os pacientes de primeira consulta é imprescindível repassar a informação de que no dia da consulta deverá trazer a “sacola de medicamentos”, que corresponde a todos os medicamentos que utiliza, seja alopáticos, fitoterápicos, homeopáticos, magistrais e outros.
- Na primeira consulta e na consulta de retorno deverão ser repassadas as orientações de trazer todos os exames clínicos e os receituários médicos prescritos mais recentes.
- Se primeira consulta iniciar preenchimento do formulário FO 03, que ficará de posse do paciente. Nas consultas de retorno esse preenchimento poderá ocorrer durante a consulta.
- Proceder com a guarda da agenda.

### 2.6 OBSERVAÇÕES:

- Enfatizar a importância de trazer para a consulta a “sacola de medicamentos”, os exames clínicos e receituários médicos mais recentes. Bem como, a importância de o paciente estar acompanhado do formulário FO 03 em todas as consultas.
- A Agenda para marcação da consulta deverá estar de fácil acesso para os profissionais que executarão o agendamento.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas

Emissão: 2020

Revisão: 2021

Versão: Nº 01

### **3. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – (Etapa 3)**

**3.1 OBJETIVO:** Iniciar a consulta farmacêutica.

**3.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação (Desde que supervisionados pelo Farmacêutico da UBS).

**3.3 DEFINIÇÃO:** Esta etapa consiste na apresentação da consulta farmacêutica de maneira geral, bem como dos profissionais da equipe que estão envolvidos na condução da consulta. É nessa etapa que se inicia a construção de um elo de confiança entre a equipe e o paciente.

**3.4 MATERIAIS:**



- Não aplicável

**3.5 PROCEDIMENTO:**

- Cumprimentar cordialmente o paciente e apresentar-se.
- Apresentar a equipe que acompanhará a consulta.
- Apresentar o propósito e o funcionamento da consulta.
- Solicitar ao paciente que exponha de forma breve suas preocupações, expectativas e necessidades.
- Negociar o planejamento da consulta e o tempo estimado de duração.
- Antecipar brevemente as etapas a serem executadas com o paciente.
- Caso haja necessidade de usar dados coletados ao decorrer da consulta para fins de estudos e pesquisas acadêmicas, o paciente deverá ser informado e a autorização deverá ser formalizada por meio documental.

**3.6 OBSERVAÇÕES:**

- Caso haja a necessidade de realizar gravação de áudios e/ou vídeos e registro de fotos durante a consulta, solicitar inicialmente a permissão do paciente. Explicando de forma clara a finalidade de tais atos.
- Caso haja interesse em utilizar os dados coletados do paciente para pesquisas acadêmicas e científicas, este deverá ser formalmente convidado por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, cujo modelo documental poderá ser de escolha do farmacêutico.

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
Emissão: 2020	Revisão: 2021	Versão: Nº 01

## 4. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Coletar e Organizar dados do paciente (Etapa 3A).

**4.1 OBJETIVO:** Conhecer e coletar dados do perfil do paciente, história social, história familiar e história médica do paciente.

**4.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação (Desde que supervisionados pelo Farmacêutico da UBS).



**4.3 DEFINIÇÃO:** Nesta etapa tem-se a construção do perfil biossocial do paciente. O perfil do paciente inclui o nome completo, idade, escolaridade, ocupação e limitações existentes; A história social do paciente inclui os hábitos alimentares, atividades físicas e de lazer praticadas; E a história médica consiste na avaliação das condições de saúde (monitoramento das condições de saúde e dos desfechos clínicos), nos problemas de saúde do paciente (problemas e/ou queixas de saúde, exames e diagnósticos) e na análise situacional (Estado clínico atual, avaliação da percepção geral da saúde e da qualidade de vida).

### 4.4 MATERIAIS:

- Formulário (FO 04) – Prontuário ou o (FO 05) – Consulta de Retorno
- Formulário (FO 03) – Cartão Controle de Saúde
- Formulários auxiliares: (FO 06) – Monitoramento das condições de saúde; (FO 07) – Instrumento para avaliação da Ansiedade; (FO 08) – Instrumento para avaliação da Depressão; (FO 09) – Escala visual analógica da dor; (FO 10) – Avaliação da Percepção geral da saúde e Qualidade de Vida
- Aparelhos, dispositivos e acessórios, conforme necessidade, para medição de pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corporal; Balança, fita métrica e calculadora.

### 4.5 PROCEDIMENTO:

- Se primeira consulta, deverá ser iniciado o preenchimento do formulário FO 04. Iniciar o preenchimento pelo campo “perfil do paciente”.
- Se consulta de retorno, deverá ser iniciado o preenchimento do formulário FO 05. Iniciar pelos campos “Unidade de saúde”, “Nome, data e nº CNS” e pelo campo “resultado das intervenções anteriores”.
- No campo “resultado das intervenções anteriores” no formulário FO 05, deverá ser registrado mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas realizadas com outros profissionais de saúde.
- Coletar dados conforme a ordem descrita nos formulários FO 04 ou FO 05, para compor a história social e familiar.
- Iniciar a História médica solicitando todos os exames clínicos e receituários ou prescrições médicas mais recentes.
- Consultar o formulário FO 06 para definir a necessidade de monitoramento das condições de saúde e dos desfechos clínicos a serem observados. Se necessário, aplicar os

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
<i>Emissão:</i> 2020	<i>Revisão:</i> 2021	<i>Versão:</i> Nº 01

formulários FO 07, FO 08 e FO 09 e registrar resultados no campo “Problemas de saúde/Queixa” nos formulários FO 04 ou FO 05.

- Coletar e registrar no campo “Problemas de saúde/Queixa” dados referentes à exames laboratoriais e de imagem (com data), sinais e sintomas relatados pelo paciente e a história da doença atual quando houver queixas (Com Tempo/início, frequência e duração-, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados).
- Iniciar a análise situacional pela avaliação do estado clínico atual.
- Realizar os serviços farmacêuticos, conforme necessidade do paciente e à critério do farmacêutico.
- Poderão ser realizados serviços como aferição de pressão arterial e/ou glicemia capilar, verificação de temperatura, avaliação de peso, altura e índice de massa corpórea ou outro parametro clínico definido pelo farmacêutico.
- Registrar os resultados do monitoramento clínico nos seus respectivos campos nos formulários FO 04 ou FO 05 e no formulário FO 03.
- Avaliar a Percepção geral da saúde e a Qualidade de vida aplicando o formulário FO 10. Registrar os resultados nos respectivos campos no formulário FO 04 ou FO 05.

#### **4.6 OBSERVAÇÕES:**

- Caso o paciente esqueça de trazer os exames e as prescrições médicas mais recentes, solicitar ao mesmo que traga na próxima consulta. Reiterando a importância de trazê-los para que se realize o correto acompanhamento clínico.
- O uso dos formulários auxiliares fica a critério exclusivo do farmacêutico.
- Sempre informar ao paciente quais os serviços farmacêuticos a serem executados e como procederá a avaliação para que o mesmo tenha ciência.
- Atentar para a necessidade de higienização correta das mãos, do uso de equipamentos de proteção individual e do descarte correto dos resíduos biológicos que poderão ser gerados nesta etapa.
- Registrar os dados dos serviços farmacêuticos executados no formulário FO 03 para que o mesmo tenha posse de tais avaliações e este possa ser utilizado como declaração dos serviços farmacêuticos prestados, para o acompanhamento por outros profissionais de saúde.
- O farmacêutico poderá realizar cópias dos exames e prescrições médicas para manter em anexo junto aos registros e formulários do paciente para o arquivamento.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas

Emissão: 2020

Revisão: 2021

Versão: Nº 01

## **5. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Identificar os problemas (Etapa 3B).**

**5.1 OBJETIVO:** Identificar problemas relacionados às farmacoterapias e a adesão ao tratamento.

**5.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação (Desde que supervisionados pelo Farmacêutico da UBS).

**5.3 DEFINIÇÃO:** Esta etapa objetiva coletar dados para identificar problemas relacionados às farmacoterapias e as barreiras de não-adesão terapêutica. Inicia-se pela construção da história farmacoterapêutica que consiste em dados da farmacoterapia atual, terapias alternativas, existência de alergias, rastreamento de reações adversas, dificuldades no uso dos medicamentos e no acesso aos medicamentos; Seguindo da identificação dos problemas relacionados a capacidade de gestão dos medicamentos e à adesão ao tratamento (Identificar barreiras de não-adesão e avaliar atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento). Faz-se a avaliação dos problemas relacionados aos medicamentos conforme itens de problemas relacionados à seleção e prescrição, administração e adesão, qualidade, dispensação ou manipulação, discrepância entre os níveis de saúde, monitorização, tratamento não efetivo, reação adversa ao medicamento e intoxicação por medicamentos.

### **5.4 MATERIAIS:**

- Formulário (FO 04) – Prontuário ou o (FO 05) – Consulta de Retorno
- Formulários auxiliares: (FO 11) – MEDTAKE Capacidade de gestão dos medicamentos; (FO 12) – Avaliação da adesão em relação as atitudes, crenças e comportamento diante do tratamento

### **5.5 PROCEDIMENTO:**

- Solicitar a “Sacola de medicamentos” contendo todos os medicamentos que o paciente utiliza.
- Iniciar o preenchimento do campo “Farmacoterapia atual” no formulário FO 04 ou FO 05.
- Avaliar e registrar para cada medicamento as informações de nome, posologia prescrita e usada, tempo de uso, prescritor e como o paciente entende o funcionamento do mesmo.
- Avaliar e registrar no campo “terapias complementares utilizadas” todas as terapias tradicionais e complementares.
- Identificar a existência de alergias por meio de perguntas diretas.
- Realizar o rastreamento das reações adversas por meio de perguntas diretas, conforme descrito no campo “Rastreamento de reações adversas” no formulário FO 04 ou FO 05.
- Avaliar as dificuldades de uso e de acesso aos medicamentos por meio de perguntas diretas conforme descrito nos campos “Dificuldades de uso dos medicamento” e “Acesso dos medicamento” no formulário FO 04 ou FO 05.





**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas

Emissão: 2020



Revisão: 2021

Versão: Nº 01

- Avaliar a capacidade de gestão dos medicamentos e o armazenamento dos mesmos
- Em caso do paciente ter limitações de autonomia da gestão dos medicamentos aplicar o formulário FO 11 ao cuidador e registrar o resultado do teste no respectivo campo no formulário FO 04 ou FO 05.
- Avaliar a adesão ao tratamento por meio de perguntas diretas conforme descrito no campo “Adesão ao tratamento” no formulário FO 04 ou FO 05.
- Avaliar a influência das atitudes, crenças e comportamento na adesão ao tratamento, por meio da aplicação do formulário FO 12. Registrar os resultados dos testes nos respectivos campos no formulário FO 04 ou FO 05.
- Avaliar problemas relacionados aos medicamentos conforme itens descritos nos campos “Identificação de problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário FO 04 ou do campo “Identificação de novos problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário FO 05.
- Deve-se marcar os itens selecionados e registrar o medicamento a que se refere.
- Caso não seja identificado nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento, marque o respectivo campo.

#### **5.6 OBSERVAÇÕES:**

- Caso o paciente esqueça de trazer a “sacola de medicamentos”, solicitar ao mesmo que traga na próxima consulta. Reiterando a importância de trazê-la para que se realize corretamente a avaliação farmacoterapêutica.
- Os itens a serem avaliados no campo “Identificação de problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário FO 04 ou no campo “Identificação de novos problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário FO 05, não necessitam de perguntas diretas ao paciente para preenchimento. O Farmacêutico tem o preenchimento exclusivo deste campo. Estes dados poderão ser utilizados na etapa posterior de seguimento individual.
- O uso dos formulários auxiliares fica a critério exclusivo do farmacêutico.
- Avaliar a necessidade de orientação e explicações adicionais a cerca da guarda domiciliar e do uso dos medicamentos que são utilizados pelo paciente, para que não haja dúvidas em relação à estas questões.

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
<i>Emissão:</i> 2020	<i>Revisão:</i> 2021	<i>Versão:</i> Nº 01

## 6. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Elaborar plano de cuidado (Etapa 3C).

**6.1 OBJETIVO:** Realizar as intervenções farmacêuticas necessárias, elaborar o plano com metas terapêuticas e finalizar a consulta.

**6.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação (Desde que supervisionados pelo Farmacêutico da UBS).

**6.3 DEFINIÇÃO:** Nesta etapa realizam-se as intervenções farmacêuticas necessárias, como aconselhamento ou informações ao paciente, sugestão de alterações nas terapias, monitoramento, provisão de materiais, encaminhamento a outros profissionais e prescrição farmacêutica. Também é o momento de pactuar ações e metas terapêuticas em conjunto com o paciente, definindo cada meta e o período para o alcance das mesmas, para se construir um plano de cuidado.

### 6.4 MATERIAIS:

- Formulário (FO 04) – Prontuário ou o (FO 05) – Consulta de Retorno
- Formulário: (FO 02) – Agenda da Consulta Farmacêutica
- Formulário (FO 03) – Cartão Controle de Saúde
- Formulários auxiliares: (FO 13) –Encaminhamento; (FO 14) – Prescrição Farmacêutica; (FO 15) – Automonitoramento da pressão Arterial; (FO 16) – Monitoramento Residencial da Pressão Arterial; (FO 17) – Automonitoramento Glicêmico; (FO 18) – Calendário Posológico.

### 6.5 PROCEDIMENTO:

- Avaliar as intervenções farmacêuticas necessárias a serem realizadas, conforme itens descritos no campo “Intervenções Farmacêuticas” no formulário FO 04 ou no campo “Novas Intervenções Farmacêuticas” no formulário FO 05.
- Pode-se marcar os itens relacionados ao aconselhamento ou informações, sugestão de alterações nas terapias, monitoramento, provisão de materiais, encaminhamento a outros profissionais e prescrição farmacêutica e caso necessário registrar alguma observação pertinente.
  - Caso nenhuma intervenção realizada no momento marque o respectivo campo.
  - A necessidade de uso dos formulários auxiliares fica a critério do farmacêutico conforme intervenção a ser realizada.
  - Pactuar as metas terapêuticas junto ao paciente. Definir e registrar no campo “Metas terapêuticas” no formulário FO 04 ou no campo “Novas Metas Terapêuticas” no formulário FO 05. Essas metas deverão incluir as ações, objetivos clínicos e o período estimado para o alcance das mesmas.
  - Verificar o entendimento do paciente e sua habilidade em seguir o plano de cuidado elaborado.
  - Se possível, solicitar ao mesmo que repita da forma como compreendeu as metas pactuadas.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas

Emissão: 2020



Revisão: 2021

Versão: Nº 01

- Explicar ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e como entrar em contato para maiores esclarecimentos.
- Avaliar se o paciente deseja e/ou necessita de informações ou explicações adicionais.
- Registrar no campo “Agendamento e Finalização” do formulário FO 04 ou FO 05, a data do agendamento do retorno, o tempo de duração da consulta, a rubrica e assinatura ou carimbo do farmacêutico.
- Realizar o agendamento da consulta de retorno conforme disponibilidade de horários. A periodicidade das consultas fica a critério do farmacêutico.
- Realizar o preenchimento do formulário FO 02 para o agendamento do retorno.
- Realizar o preenchimento da data e hora da consulta de retorno no formulário FO 03.
- Finalizar a consulta e se despedir cordialmente do paciente.
- Proceder com a guarda dos formulários utilizados para cada paciente.
- A guarda dos formulários preenchidos em cada consulta e de cópias (se realizadas) dos exames e/ou prescrições médicas deverão ser realizadas de forma individualizada e exclusiva para cada paciente.
- O arquivamento dos registros dos pacientes deverá ser feito em pastas, caixas ou qualquer unidade de arquivamento, desde que seja de modo organizado e utilizando, preferencialmente, o método alfabético. Deve-se ter um local específico para este fim.

#### **6.6 OBSERVAÇÕES:**

- Os itens a serem avaliados e marcados no campo “Intervenções Farmacêuticas” no formulário FO 04 ou no campo “Novas Intervenções Farmacêuticas” no formulário FO 05, não necessitam de perguntas diretas ao paciente para preenchimento. O farmacêutico tem o preenchimento exclusivo destes campos.
- Todas as intervenções farmacêuticas a serem realizadas, bem como o uso dos formulários auxiliares, é de decisão exclusiva do farmacêutico, que poderá ser conforme as necessidades avaliadas para cada paciente.
- O farmacêutico sempre deve certificar-se da compreensão e compromisso do paciente para o cumprimento do plano de cuidado pactuado.
- A periodicidade da realização das consultas farmacêuticas é de decisão exclusiva do farmacêutico, que poderá ser definida conforme a avaliação clínica e o progresso do paciente na etapa posterior de seguimento individual.
- O arquivamento e uso dos formulários é individualizado, ou seja, único para cada paciente.
- É de suma importância ter um espaço reservado, seguro e devidamente identificado para o arquivamento dos formulários preenchidos dos pacientes, bem como para os formulários em branco a serem utilizados e para os dispositivos de monitoramento clínico disponíveis e de uso da consulta farmacêutica.

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
<i>Emissão:</i> 2020	<i>Revisão:</i> 2021	<i>Versão:</i> Nº 01

## **7. Aplicação do Método Clínico para execução da Consulta Farmacêutica – Realizar Seguimento Individual (Etapa 3D).**

**7.1 OBJETIVO:** Avaliar individualmente o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico.

**7.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos da UBS Jurunas e acadêmicos vinculados a projetos de pesquisa, extensão e pós-graduação (Desde que supervisionados pelo Farmacêutico da UBS).

**7.3 DEFINIÇÃO:** Esta etapa necessita ser realizada durante a consulta farmacêutica, pode ocorrer em um momento posterior. O seguimento individual objetiva o aprofundamento do caso clínico do paciente e o levantamento dos registros da consulta de retorno. Busca-se avaliar se houveram mudanças nas intervenções farmacêuticas, no comportamento e adesão ao tratamento, alterações na farmacoterapia e nos achados clínicos se tais itens auxiliaram para o alcance das metas terapêuticas do paciente. Para este seguimento poderá ser realizado o aprofundamento científico do caso clínico do paciente, para se avaliar a efetividade das intervenções, das metas terapêuticas pactuadas, o alcance positivo e o progresso clínico do paciente.

### **7.4 MATERIAIS:**

- Todos os formulários preenchidos e registros arquivados ao longo das consultas cada paciente.

### **7.5 PROCEDIMENTO:**

- Coletar os formulários preenchidos por um determinado tempo. O intervalo de tempo a ser avaliado fica a critério exclusivo do farmacêutico.
- Realizar o levantamento de dados referentes às intervenções farmacêuticas realizadas.
- Realizar o levantamento de dados referentes a mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas com outros profissionais de saúde realizadas.
- Realizar o levantamento das metas terapêuticas definidas e das alcançadas.
- Realizar uma avaliação criteriosa.
- As hipóteses, sugestões e avaliações pertinentes realizadas pelo farmacêutico poderão ser registradas em folha separada, simples e em branco, que posteriormente deverão ser anexadas aos registros dos paciente para arquivamento.
- Avaliar se os resultados gerados nesta etapa corroboram para a adoção correta das medidas terapêuticas definidas para o paciente ou se necessitam de mudanças e/ou de novas metas terapêuticas.
- Definir a periodicidade das consultas conforme progresso clínico avaliado para o paciente.



**PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA**

Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas



*Emissão:* 2020

*Revisão:* 2021

*Versão:* Nº 01

**7.6 OBSERVAÇÕES:**

- A periodicidade de execução desta etapa é de decisão exclusiva do farmacêutico.
- A avaliação e tomadas de decisões a cerca do caso clínico poderá ser feita de forma individual pelo farmacêutico, ou por meio de reuniões programadas e discussão clínica entre acadêmicos e outros profissionais de saúde, se a unidade dispor destes recursos humanos.
- Para o aprofundamento do caso clínico poderão ser utilizados dados da literatura científica, como protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, artigos, ferramentas e outras publicações científicas.
- Os dados levantados nesta etapa poderão ser de grande importância para alterações das intervenções, metas clínicas e para o desenvolvimento de estudos científicos.

	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELÉM – SESMA</b> <b>UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO JURUNAS</b> <b>SERVIÇO DE FARMÁCIA</b> <b>FARMÁCIA CLÍNICA DA UBS JURUNAS - FARMCLIN</b>	
<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b>		
Área emitente: Serviço de Farmácia / Farmácia Clínica da UBS Jurunas		
Emissão: 2020	Revisão: 2021	Versão: Nº 01

## 8. Registro do atendimento farmacêutico no E-SUS (Etapa 4).

**8.1 OBJETIVO:** Registrar os atendimentos realizados pelo profissional farmacêutico através do FARMCLin no sistema E-SUS/ PEC.

**8.2 RESPONSABILIDADE:** Farmacêuticos do FARMCLin e/ou servidor do setor de produção da UBS Jurunas. Caso o registro de serviços e/ou procedimentos sejam feitos no ato da consulta farmacêutica, a responsabilidade em registrar no sistema é do profissional farmacêutico, somente.

**8.3 DEFINIÇÃO:** Esta etapa necessita ser realizada após a consulta farmacêutica. O registro dos atendimentos realizados pelo farmacêutico no sistema E-SUS/PEC objetiva o processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna da produção à fim de implementar processos de decisões em relação aos serviços de saúde e captação de recursos financeiros para a gestão de saúde no município de Belém.

### 8.4 MATERIAIS:

- Software E-SUS/PEC instalado e atualizado.
- Fichas impressas do sistema E-SUS/PEC: Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Procedimento. Exceto, para os casos em que o profissional opte por preencher diretamente as informações no sistema.

### 8.5 PROCEDIMENTO:

- Inicialmente o farmacêutico e/ou servidor do setor de produção da UBS Jurunas deve verificar o cadastro do estabelecimento onde atua e o seu cadastro profissional no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. Acessar: [www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br). Caso o cadastro não esteja disponível para um ou ambos os casos, verificar com a Gestão Municipal o setor responsável pelo cadastro no CNES e solicitar o cadastro do profissional farmacêutico.

- Consultar o perfil da Classificação de Ocupações (CBO) do farmacêutico apto ao registro das atividades.

Acessar: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>

- Conhecer a Ficha de Atendimento Individual e/ou Ficha de Atividade Coletiva e/ou Ficha de Procedimentos (ANEXO 03).

- Acessar o sistema E-SUS/PEC através de usuário e senha pessoal.

- Selecionar o ícone CDS (Coleta de Dados Simplificada).

- Selecionar a Ficha de Atendimento Individual e/ou Ficha de Atividade Coletiva e/ou Ficha de Procedimentos (à depender do tipo de atendimento realizado).

- Inserir todas as informações relacionadas ao atendimento, data de atendimento, o CNES da UBS, CNS e CBO do profissional responsável pelo atendimento.



## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção primária à saúde. Departamento de saúde da família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 384p.

BRASIL, Secretaria de ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado Farmacêutico na Atenção básica. Caderno 2: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, 306p.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Documentação do Processo de Cuidado**. 2016. Disponível em: [www.cff.org.br](http://www.cff.org.br). Acesso em: 25 out. 2020.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Notícias do CFF**. Fev. 2018. Disponível em: [www.cff.org.br](http://www.cff.org.br). Acesso em: 25 jan. 2021.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Notícias do CFF**. Mar. 2019. Disponível em: [www.cff.org.br](http://www.cff.org.br). Acesso em: 19 fev. 2021.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Disponível em: <[www.cnes.datasus.gov.br](http://www.cnes.datasus.gov.br)>. Acesso em: 17 mar. 2021.

EBSERH, E. B. DE S. H. **Manual de Padronização de POP**. 1ª Edição. Brasília: Assessoria de Comunicação Social da EBSERH, 2014. v. 1.

MTE, Ministério da Economia. Disponível em: <[www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf](http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf)>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SOUZA, LB. A interface ensino-serviço na formação farmacêutica: revisão integrativa. Saúde em Redes. 2018; 4(2):157-169.

## APÊNDICE

**Tabela S1.** Descrição das atividades que compõe etapas de execução da consulta farmacêutica e os formulários que auxiliam nas mesmas.

<b>Etapas</b>	<b>Descrição das Atividades</b>	<b>Instrumentos que auxiliam</b>
1	Seleção dos pacientes aptos para a consulta farmacêutica.	FO 01
2	Agendamento da consulta farmacêutica, conforme disponibilidade de horário na agenda. Coleta de alguns dados pessoais como nome completo, telefone para contato, existência de doenças crônicas e outros. Fornecimento de algumas orientações que o paciente deve seguir no dia da primeira consulta, do cartão controle de saúde.	FO 02, FO 03
3	Execução do método clínico para a realização da consulta farmacêutica, inicialização da consulta, fornecimento ao paciente da visão geral da consulta e seu funcionamento.	-
3A	Coletar dados para o perfil do paciente (nome completo, idade, escolaridade, ocupação e limitações existentes)	FO 04
	Coletar dados para a história social do paciente (hábitos alimentares, atividades físicas e de lazer praticadas)	FO 04
	Coletar dados para a história familiar (histórico de doenças e eventos relevantes na família)	FO 04
	Coletar dados para a história médica, que consiste na avaliação das condições de saúde (monitorar condições de saúde e definir os desfechos clínicos), nos problemas de saúde do paciente (registrar problemas e/ou queixas de saúde, exames e diagnósticos) e na análise situacional (avaliação do estado clínico atual através de aferição de parâmetros clínicos, avaliação da percepção geral da saúde e da qualidade de vida)	FO 04 ou FO 05, FO 06, FO 07, FO 08, FO 09 e FO 10
3B	Coletar dados para a história Farmacoterapêutica que consiste na Farmacoterapia atual, terapias alternativas, existência de Alergias, rastreamento de reações adversa, dificuldades no uso dos medicamentos e no acesso aos medicamentos	FO 04 ou FO 05
	Identificar os problemas relacionados a capacidade de gestão dos medicamentos e a adesão ao tratamento (Identificar barreiras de não-adesão e avaliar atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento)	FO 04 ou FO 05, FO 11 e FO 12
	Avaliar os problemas relacionados à farmacoterapia (Problemas de seleção e prescrição, administração e adesão, qualidade, dispensação ou manipulação, discrepância entre os níveis de saúde, monitorização, tratamento não efetivo, reação adversa ao medicamento e intoxicação por medicamentos).	FO 04 ou FO 05
3C	Realizar as intervenções farmacêuticas necessárias (Como aconselhamento ou informações ao paciente, sugestão de alterações nas terapias, monitoramento, provisão de materiais, encaminhamento a outros profissionais e prescrição farmacêutica)	FO 04 ou FO 05, FO 13, FO14, FO 15, FO 16, FO 17 e FO 18
	Pactuar ações e metas clínicas com o paciente, definindo cada meta e o período para o alcance. Solicitar o paciente repita o que foi pactuado para verificar a sua compreensão	FO 04 ou FO 05
	Fazer o agendamento da consulta de retorno e finalizar a consulta	FO 04 ou FO 05, FO 02
3D	Realizar em momento posterior à consulta farmacêutica. Realizar o levantamento dos registros das consultas de retorno, para se avaliar as mudanças nas intervenções farmacêuticas, no comportamento e adesão ao tratamento, nas alterações da farmacoterapia e nos achados clínicos. Relacionar os dados levantados ao alcance das metas terapêuticas, à efetividade das intervenções e ao progresso clínico do paciente..	Todos os Formulários preenchidos do paciente
	Aprofundar o caso clínico do paciente por meio de estudos, utilizando recursos disponíveis na literatura científica, como protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, artigos, bases de dados, ferramentas de apoio e outras publicações científicas.	-
	Definir a periodicidade das consultas de retorno e as novas metas terapêuticas	FO 05, FO 02

Fonte: Autor



**Tabela S2.** Relação dos Formulários que integram o protocolo da consulta farmacêutica.

<b>Código do Instrumento / Formulário</b>	<b>Identificação do Formulário</b>	<b>Referências*</b>
<b>FO 01</b>	Seleção de pacientes para a consulta farmacêutica	(BRASIL, 2019)
<b>FO 02</b>	Agenda da consulta farmacêutica	Autor
<b>FO 03</b>	Cartão controle de saúde	(CFF, 2016)
<b>FO 04</b>	Prontuário	(CFF, 2016)
<b>FO 05</b>	Consulta de retorno	(BRASIL, 2015, 2019)
<b>FO 06</b>	Monitoramento das condições de saúde	(BRASIL, 2019)
<b>FO 07</b>	Instrumento para avaliação da ansiedade	(BRASIL, 2019)
<b>FO 08</b>	Instrumento para avaliação da depressão	(KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; BRASIL, 2019)
<b>FO 09</b>	Escala visual analógica da dor	(BRASIL, 2015, 2019)
<b>FO 10</b>	Avaliação da percepção geral da saúde e qualidade de vida	(BRASIL, 2019)
<b>FO 11</b>	(Medtake) capacidade de gestão dos medicamentos	(BRASIL, 2019)
<b>FO 12</b>	Avaliação da adesão em relação a atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento	(KRIPALANI et al., 2009; SALGADO et al., 2013; BRASIL, 2019)
<b>FO 13</b>	Encaminhamento	(CFF, 2016)
<b>FO 14</b>	Prescrição farmacêutica	(CFF, 2016)
<b>FO 15</b>	Automonitoramento da pressão arterial	(BRASIL, 2015, 2019)
<b>FO 16</b>	Monitoramento residencial da pressão arterial	(BRASIL, 2015, 2019)
<b>FO 17</b>	Automonitoramento glicêmico	(BRASIL, 2015, 2019)
<b>FO 18</b>	Calendário posológico	(BRASIL, 2015, 2019)

**Fonte:** Autor

\* Adaptadas das respectivas referências

**(FO 01) – SELEÇÃO DE PACIENTES PARA A CONSULTA FARMACÊUTICA**

<b>Nome:</b>	<b>Data:</b>
Utiliza mais que 5 medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Possui 2 ou mais doenças crônicas diagnosticadas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem dúvidas ou problemas com o uso dos seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Acha que algum medicamento não está fazendo efeito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sente algum incômodo após o uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem vários problemas de saúde e é acompanhado(a) por dois ou mais médicos diferentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tem dificuldade no acesso ao medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>SELECIONADO PARA A CONSULTA FARMACÊUTICA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b>

*(Uso de mais de 5 medicamentos + 1 fator adiciona ou  $\geq 2$  fatores já seleciona)*



## (FO 03) – CARTÃO CONTROLE DE SAÚDE

<p><b>Para sucesso do seu tratamento siga as orientações abaixo:</b></p> <p><b>No seu primeiro dia de consulta leve:</b>          Todos os remédios que você usa; Incluindo chás e remédios a base de plantas  <i>Se necessário anote em um papel</i></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">    </div> <p>Não falte as consultas para não comprometer seu acompanhamento. Caso necessário remarque-a!</p> <p><b>Carregue esta Caderneta junto com seus documentos e apresente ao médico e ao Farmacêutico que acompanham a sua saúde</b></p>	<b>AGENDA DE CONSULTAS</b>				<div style="text-align: center;">   </div> <p style="text-align: center;"><i>Unidade Básica de Saúde do Jurunas / Serviço de Farmácia/ Farmácia clínica da UBS Jurunas</i></p> <p style="text-align: center;"><b>CARTÃO CONTROLE DA CONSULTA FARMACÊUTICA</b></p> <p>NOME:</p>     <p>CNS:</p>
	Data	Hora	Data	Hora	

### Declaração de Serviços Farmacêuticos

Data	Hora	Pressão arterial (mmHg)	Glicemia (mg/dL)	Temperatura (°C)	Outro	Farmacêutico Responsável

*“Estes procedimentos não têm finalidade de diagnóstico e não substitui a consulta médica e a realização de exames laboratoriais”*

*Orienta-se sempre com seu Farmacêutico!*

## (FO 04) PRONTUÁRIO

### PERFIL DO PACIENTE

<b>Unidade de Saúde:</b>		<b>Data da 1ª Consulta:</b>
<b>Nome:</b>		<b>Nº CNS:</b>
<b>Data de nascimento:</b>		<b>Gênero:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>Telefone:</b>		<b>Ocupação:</b>
<b>Escolaridade:</b>		<b>Renda mensal:</b>
<b>Com quem mora?</b>		
<b>Tem cuidador?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____
<b>Limitações:</b> <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Leitura <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outra:		

### HISTÓRIA SOCIAL

<b>Bebidas alcoólicas:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Freqüência de uso: _____ Tempo de uso: _____
<b>Tabaco (cigarro, charuto, narguile):</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Quantidade / dia _____ Anos de uso _____
<b>Exercício físico:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Freqüência: _____ Sente algum incômodo? _____

Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

### HISTÓRIA FAMILIAR

<b>Motivo da consulta/ diagnóstico prévio:</b>
<b>Algun familiar com histórico de doença crônica?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever quem e quais doenças:

### HISTÓRIA MÉDICA

#### AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Monitoramento de Condições de Saúde	Desfechos Clínicos a serem avaliados: (consultar FO 06)
Diabetes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Hipertensão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Dislipidemias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Cardiopatas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Doenças renais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Doenças pulmonares <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Doenças reumáticas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Depressão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Ansiedade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros
Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sinais e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros

*Obs: Registrar os desfechos avaliados nos campos abaixo*



**PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS**

Problemas de saúde e queixas do paciente	História da doença atual (HDA)	Estado Clínico Atual*

\* Curado (CUR) / Controlado (CON) / Melhora parcial (MPA) / Piora Parcial (PPA) / Não controlado (NCO) / Sob avaliação diagnóstica (SAD) / Desconhecido (DES)

**ANÁLISE SITUACIONAL**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO ATUAL**

Não  Sim **Glicemia Capilar:** \_\_\_\_\_ (Referência: <100 mg/dL em jejum e <140 mg/dL pós-prandial)

Não  Sim **Pressão Arterial:** 1ª medida: \_\_\_\_\_ 2ª medida: \_\_\_\_\_ (Referência: <120 x <180mm/Hg)

Não  Sim **Temperatura Corporal:** \_\_\_\_\_ (Referência: 36°C a 37°C)

Não  Sim **Peso:** \_\_\_\_\_  Não  Sim **Altura:** \_\_\_\_\_

Não  Sim **IMC** \_\_\_\_\_ (Referência: 18,5 a 24,9)

Não  Sim **Outro:** \_\_\_\_\_ (Observação: \_\_\_\_\_)

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE** *(consultar FO 10)*

**Nota:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA** *(consultar FO 10)*

**Nota:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA**
**FARMACOTERAPIA ATUAL**

\***CMF:** Como essa medicação funciona para você? **1** = Funciona Bem; **2** = Funciona Regular; **3** = Não Funciona Bem; **9** = Não Sei  
 \*\***A** = antes da refeição; **D** = Durante ou logo após a refeição; **HD** = Hora de dormir; **SN** = se necessário

Princípio ativo / Concentração	Origem da prescrição	Posologia prescrita	Tempo de uso	Para que você utiliza?	**Posologia utilizada								*CMF ?		
					☕		🍽️		🍏		☞			H	S
					A	D	A	D	A	D	A	D		-	-

**TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES**

Terapia	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização

<b>ALERGIAS</b>				
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Informar:				
<b>RASTREAMENTO DE REAÇÕES ADVERSAS</b>				
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?</b>				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal <input type="checkbox"/> Tontura/Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual		<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor	
<b>DIFICULDADES NO USO DOS MEDICAMENTOS</b>				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ler o que está escrito na embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lembrar de tomar todo medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseguir o medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar vários comprimidos ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ACESSO DOS MEDICAMENTOS</b>				
-Qual seu gasto mensal com medicamentos: _____	<b>Acesso no Setor público</b>		<b>Acesso no Setor privado</b>	
-Dificuldades de acesso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácia comunitária pública <input type="checkbox"/> Farmácia especial/ambulatorial <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Farmácia privada <input type="checkbox"/> Farmácia magistral <input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem farmácia popular” <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS</b>				
<b>Autonomia na gestão dos medicamentos:</b>				
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho				
<b>Paciente é incapaz de gerir os medicamentos sozinho e/ou tem cuidador?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: (Aplicar FO 11)				
Interpretação do MED TAKE:				
<b>Qual (ais) o local (ais) de armazenamento dos medicamentos na sua casa:</b>				
<b>ADESÃO AO TRATAMENTO</b>				
Obs.: Identificar barreiras de não-adesão				
<b>A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar os seus comprimidos. Você tem alguma dificuldade para tomar os seus?</b>				
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim



Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
<b>AVALIAR ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO (Consultar FO 12)</b>	
Aplicação do ARMS [ ] Não [ ] Sim:	
Aplicação do BMQ [ ] Não [ ] Sim:	

<b>IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA</b>		
<b>PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO</b>	[ ] Não [ ] Sim	<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Condição clínica sem tratamento	
[ ]	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	
[ ]	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	
[ ]	Duração do tratamento prescrito inadequado	
[ ]	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração inadequada	
[ ]	Frequência ou horário de administração prescritos inadequados	
[ ]	Interação medicamento-alimento	
[ ]	Interação medicamento-medicamento	
[ ]	Medicamento sem indicação clínica	
[ ]	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
[ ]	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
[ ]	Prescrição em sobredose	
[ ]	Prescrição em subdose	
[ ]	Outros problemas de seleção e prescrição	
<b>PROBLEMAS NA ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE</b>	[ ] Não [ ] Sim	<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
[ ]	Automedicação indevida	
[ ]	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
[ ]	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
[ ]	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
[ ]	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
[ ]	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
[ ]	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
[ ]	Paciente não iniciou o tratamento	
[ ]	Redução abrupta de dose pelo paciente	
[ ]	Técnica de administração incorreta	
[ ]	Uso abusivo do medicamento	
[ ]	Outros problemas relacionados à administração e adesão não especificados	
<b>PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO</b>	[ ] Não [ ] Sim	<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Armazenamento incorreto	
[ ]	Desvio de qualidade aparente	
[ ]	Medicamento sem registro	
[ ]	Medicamento vencido	
[ ]	Suspeita de medicamento falsificado	
[ ]	Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>ERROS DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b>	[ ] Não [ ] Sim	<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Dispensação de dose incorreta	
[ ]	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
[ ]	Dispensação de medicamento incorreto	
[ ]	Dispensação de quantidade incorreta	
[ ]	Medicamento não dispensado (falta em estoque ou outro motivo)	
[ ]	Paciente incorreto	
[ ]	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	

<b>DISCREPÂNCIA ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Doses discrepantes	
[ ]	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
[ ]	Duração do tratamento discrepante	
[ ]	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	
[ ]	Medicamento discrepante	
[ ]	Omissão de medicamento prescrito	
[ ]	Outras discrepâncias não especificadas	
<b>MONITORIZAÇÃO [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Necessidade de exame laboratorial	
[ ]	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
[ ]	Necessidade de automonitoramento	
[ ]	Outros problemas de monitoramento não especificados	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	
[ ]	Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA À MEDICAMENTO [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
[ ]	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
[ ]	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
[ ]	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	
[ ]	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	
[ ]	Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
[ ]	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	
[ ]	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
[ ]	<b>NENHUM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA NESTE MOMENTO</b>	

<b>INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS</b>		
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
[ ]	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	
[ ]	Aconselhamento sobre automonitoramento da doença	
[ ]	Outro aconselhamento não especificado	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
[ ]	Alteração de forma farmacêutica	
[ ]	Alteração de via de administração	
[ ]	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
[ ]	Aumento da dose diária	
[ ]	Início de novo medicamento	
[ ]	Redução de dose diária	
[ ]	Substituição de medicamento	
[ ]	Suspensão de medicamento	
[ ]	Outras alterações na terapia não especificadas	
<b>MONITORAMENTO [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
[ ]	Recomendação de exame laboratorial	
[ ]	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
[ ]	Recomendação de automonitoramento	
[ ]	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
<b>PROVISÃO DE MATERIAIS [ ] Não [ ] Sim</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
[ ]	Diário para automonitoramento (FO 15, 16 e/ou 17)	
[ ]	Dispositivo para automonitoramento	



<input type="checkbox"/>	Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais	
<input type="checkbox"/>	Calendário posológico de medicamentos (FO 18)	
<input type="checkbox"/>	Declaração de Serviço Farmacêutico (FO 03)	
<input type="checkbox"/>	Material educativo impresso / Panfleto / Instruções pictóricas	
<input type="checkbox"/>	Organizador de comp. ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento	
<input type="checkbox"/>	Rótulos / Instruções pictóricas	
<input type="checkbox"/>	Provisão de materiais não especificados	
<b>ENCAMINHAMENTO</b> <span style="float: right;">[ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim</span>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a outro serviço farmacêutico (FO 13)	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao médico (FO 13)	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao psicólogo (FO 13)	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao nutricionista (FO 11)	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento a serviço de suporte social (FO 13)	
<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao pronto-atendimento (FO 13)	
<input type="checkbox"/>	Outros encaminhamentos não especificados (FO 13)	
<b>PRESCRIÇÃO</b> <span style="float: right;">[ <input type="checkbox"/> Não [ <input type="checkbox"/> Sim</span>		<b>OBSERVAÇÕES</b>
<input type="checkbox"/>	Prescrição Farmacêutica (FO 14)	
<b>NENHUMA INTERVENÇÃO REALIZADA NESTE MOMENTO</b>		

### METAS TERAPÊUTICAS

#### AÇÕES E METAS CLÍNICAS PACTUADAS COM O PACIENTE


### AGENDAMENTO E FINALIZAÇÃO

<b>Agendamento de Retorno:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<b>Tempo da consulta (min):</b>  	<b>Farmacêutico:</b>  
---	---	------------------------------

## (FO 05) CONSULTA DE RETORNO

<b>Unidade de Saúde:</b>		<b>Data:</b>
<b>Nome:</b>		<b>Nº CNS:</b>
<b>RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES ANTERIORES</b>		
<b>Mudanças no Comportamento e Adesão ao tratamento</b>		
<b>Alterações na Farmacoterapia realizadas</b>		
<b>Exames de Monitoramento Realizado</b>		
<b>Consulta realizada com médicos ou outros profissionais</b>		
<b>HISTÓRIA MÉDICA</b>		
<b>AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE</b>		
<b>Monitoramento de Condições de Saúde</b>	<b>Desfechos Clínicos a serem avaliados: (consultar FO 06)</b>	
Diabetes [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Hipertensão [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Dislipidemias [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Cardiopatias [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Doenças renais [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Doenças pulmonares [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Doenças reumáticas [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Depressão [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Ansiedade [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
Outros [ ] Não [ ] Sim:	[ ] Sinais e sintomas [ ] Exames laboratoriais [ ] Exames de Imagem [ ] Outros	
<i>Obs: Registrar os desfechos avaliados nos campos abaixo</i>		
<b>PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS</b>		
<b>Problemas de saúde e queixas do paciente</b>	<b>História da doença atual (HDA)</b>	<b>Estado Clínico Atual*</b>


\* Curado (**CUR**) / Controlado (**CON**) / Melhora parcial (**MPA**) / Piora Parcial (**PPA**) / Não controlado (**NCO**) / Sob avaliação diagnóstica (**SAD**) / Desconhecido (**DES**)

**ANÁLISE SITUACIONAL**

**AVALIAÇÃO DO ESTADO CLÍNICO ATUAL**

[ ] Não [ ] Sim **Glicemia Capilar:** \_\_\_\_\_ (Referência: <100 mg/dL em jejum e <140 mg/dL pós-prandial)

[ ] Não [ ] Sim **Pressão Arterial:** 1ª medida: \_\_\_\_\_ 2ª medida: \_\_\_\_\_ (Referência: <120 x <180mm/Hg)

[ ] Não [ ] Sim **Temperatura Corporal:** \_\_\_\_\_ (Referência: 36°C a 37°C)

[ ] Não [ ] Sim **Peso:** \_\_\_\_\_ [ ] Não [ ] Sim **Altura:** \_\_\_\_\_

[ ] Não [ ] Sim **IMC** \_\_\_\_\_ (Referência: 18,5 a 24,9)

[ ] Não [ ] Sim **Outro:** \_\_\_\_\_ (Observação: \_\_\_\_\_ )

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE** (consultar FO 10)

**Nota:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA** (consultar FO 10)





**Nota:** \_\_\_\_\_ **Motivo:** \_\_\_\_\_

**HISTÓRIA FARMACOTERAPÊUTICA**

**FARMACOTERAPIA ATUAL**

\*CMF: Como essa medicação funciona para você? **1** = Funciona Bem; **2** = Funciona Regular; **3** = Não Funciona Bem; **9** = Não Sei

\*\*A = antes da refeição; D = Durante ou logo após a refeição; HD = Hora de dormir; SN = se necessário

Princípio ativo / Concentração	Origem da prescrição	Posologia prescrita	Tempo de uso	Para que você utiliza?	**Posologia utilizada										*CMF?			
													H D	S N				
					A	D	A	D	A	D	A	D				-	-	

TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES				
Terapia	Indicação	Frequência de utilização		Modo de preparo/ utilização
<b>ALERGIAS</b>				
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Informar:				
<b>RASTREAMENTO DE REAÇÕES ADVERSAS</b>				
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?</b>				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal <input type="checkbox"/> Tontura/Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual		<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor	
<b>DIFICULDADES NO USO DOS MEDICAMENTOS</b>				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ler o que está escrito na embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lembrar de tomar todo medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseguir o medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar vários comprimidos ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>ACESSO DOS MEDICAMENTOS</b>				
-Qual seu gasto mensal com medicamentos: _____	<b>Acesso no Setor público</b>		<b>Acesso no Setor privado</b>	
-Dificuldades de acesso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácia comunitária pública <input type="checkbox"/> Farmácia especial/ambulatorial <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Farmácia privada <input type="checkbox"/> Farmácia magistral <input type="checkbox"/> Programa “Aqui tem farmácia popular” <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS</b>				
<b>Autonomia na gestão dos medicamentos:</b>				
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência		<input type="checkbox"/> Precisa de lembretes ou assistência		
<input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho				
<b>Paciente é incapaz de gerir os medicamentos sozinho e/ou tem cuidador?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: (Aplicar FO II)				
Interpretação do MED TAKE:				
Qual (ais) o local (ais) de armazenamento dos medicamentos na sua casa:				

### ADESÃO AO TRATAMENTO

*Obs.: Identificar barreiras de não-adesão*

**A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar os seus comprimidos. Você ainda tem alguma dificuldade para tomar os seus?**

O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	[ ] Não [ ] Sim
Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	[ ] Não [ ] Sim

**AVALIAR ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO (Consultar FO 12)**

**Aplicação do ARMS** [ ] Não [ ] Sim:

**Aplicação do BMQ** [ ] Não [ ] Sim:

### IDENTIFICAÇÃO DE NOVOS PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA

PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	[ ] Não [ ] Sim	MEDICAMENTO(S)
[ ]	Condição clínica sem tratamento	
[ ]	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	
[ ]	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	
[ ]	Duração do tratamento prescrito inadequado	
[ ]	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração inadequada	
[ ]	Frequência ou horário de administração prescritos inadequados	
[ ]	Interação medicamento-alimento	
[ ]	Interação medicamento-medicamento	
[ ]	Medicamento sem indicação clínica	
[ ]	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
[ ]	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
[ ]	Prescrição em sobredose	
[ ]	Prescrição em subdose	
[ ]	Outros problemas de seleção e prescrição	
PROBLEMAS NA ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE	[ ] Não [ ] Sim	MEDICAMENTO(S)
[ ]	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
[ ]	Automedicação indevida	
[ ]	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
[ ]	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
[ ]	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
[ ]	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
[ ]	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
[ ]	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
[ ]	Paciente não iniciou o tratamento	
[ ]	Redução abrupta de dose pelo paciente	
[ ]	Técnica de administração incorreta	
[ ]	Uso abusivo do medicamento	
[ ]	Outros problemas relacionados à administração e adesão não especificados	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	[ ] Não [ ] Sim	MEDICAMENTO(S)
[ ]	Armazenamento incorreto	
[ ]	Desvio de qualidade aparente	

<input type="checkbox"/>	Medicamento sem registro	
<input type="checkbox"/>	Medicamento vencido	
<input type="checkbox"/>	Suspeita de medicamento falsificado	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	
<b>ERROS DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	Medicamento não dispensado (falta em estoque ou outro motivo)	
<input type="checkbox"/>	Paciente incorreto	
<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
<b>DISCREPÂNCIA ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	
<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
<b>MONITORIZAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	
<b>TRATAMENTO NÃO EFETIVO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	
<b>REAÇÃO ADVERSA À MEDICAMENTO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
<b>INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>MEDICAMENTO(S)</b>
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/>	<b>NENHUM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA NESTE MOMENTO</b>	

<b>NOVAS INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS</b>		
<b>INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<b>OBSERVAÇÕES</b>	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento sobre automonitoramento da doença	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
<b>ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<b>OBSERVAÇÕES</b>
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	





## (FO 06) – MONITORAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES DE SAÚDE	DESFECOS CLÍNICOS	FREQUENCIA
<b>Diabetes</b>	1. Avaliar a sintomatologia (Como Poliúria, polidipsia, cetoacidose, fraqueza, vista embaçada ou turvação visual, sonolência, aumento de apetite, perda de peso, infecções de pele)	➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar resultados de exames laboratoriais (Como por exemplo, glicemia jejum, curva glicêmica, Hemoglobina glicada e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 3 meses até alcançar controle ➤ Após controle, a cada 6 meses.
	3. Aferir Glicemia capilar no consultório	➤ Em todas as consultas
	4. Fornecer instrumento para automonitoramento glicêmico (FO 17)	➤ Na 1ª consulta ou sempre que necessário (após mudanças no tratamento ou queixas importantes)
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	1. Avaliar a sintomatologia (Como cefaleia constante, tontura, sangramento nasal, confusão mental, náuseas, palpitação, falta de ar e cansaço excessivo).	➤ Em todas as consultas
	2. Aferir Pressão Arterial no consultório	➤ Em todas as consultas
	3. Fornecer instrumento para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (FO 15) ou para Automonitoramento da Pressão Arterial (FO 16)	➤ Na 1ª consulta ou sempre que necessário (após mudanças no tratamento ou queixas importantes)
<b>Dislipidemia</b>	1. Avaliar Perfil lipídico a partir de exames laboratoriais (Como por exemplo, colesterol Total, LDL-C, HDL-C, Triglicerídeos)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses em pacientes com baixo risco cardiovascular ➤ A cada 3 meses em pacientes com risco cardiovascular intermediário a alto.
<b>Cardiopatas</b>	1. Avaliar sintomatologia (Como dor no peito, vertigem, fadiga, palpitações, falta de ar, tolerância ao exercício, edema)	➤ Em todas as consultas
<b>Doenças Renais</b>	1. Avaliar sintomatologia (Como Alterações circulatórias e Edema)	➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar resultados de exames laboratoriais (Como por exemplo, creatinina, Ureia, Taxa de Filtração Glomerular (TFG), Proteinúria, Albuminúria e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses ou sempre que possível
	3. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada ano ➤ Ou sempre que possível
<b>Doenças Pulmonares</b>	1. Avaliar sintomatologias (Como tosse, secreção, falta de ar, dor ou aperto no peito, cianose, edema e sintomas noturnos) 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	➤ Em todas as consultas
	3. Avaliar de exames laboratoriais	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses ou sempre que possível

	4. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada ano</li> <li>➤ Ou sempre que possível</li> </ul>
<b>Doenças Reumáticas</b>	1. Avaliar sintomatologias (Como dor, nódulos, inflamações, rigidez, edemas, alterações articulares e fadiga) 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Em todas as consultas</li> </ul>
	3. Avaliar intensidade da dor pela escala visual analógica da dor (FO 09)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada 3 meses ou sempre que possível</li> </ul>
	4. Avaliar exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada 6 meses ou sempre que possível</li> </ul>
	5. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada ano</li> <li>➤ Ou sempre que possível</li> </ul>
<b>Depressão</b>	1. Avaliar sintomatologias (Como humor deprimido, perda de interesse, fadigabilidade, ideias de culpa e de inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, apetite diminuído, redução da concentração, autoestima e autoconfiança). 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Em todas as consultas</li> </ul>
	3. Aplicar instrumento para avaliação da depressão (FO 08)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada 3 meses ou sempre que possível</li> </ul>
<b>Ansiedade</b>	1. Avaliar sintomatologias (Como fadiga, insônia, falta de ar, formigamento, confusão, instabilidade, dor no peito, palpitações, sudorese, boca seca, tremores, tensão muscular, vertigem, náusea e vômitos incontroláveis) 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Em todas as consultas</li> </ul>
	3. Aplicar instrumento para avaliação da Ansiedade (FO 07)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada 3 meses ou sempre que possível</li> </ul>
<b>Outras condições de saúde</b>	1. Avaliar de sintomatologias comuns	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Em todas as consultas</li> </ul>
	2. Avaliar exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada 6 meses ou sempre que possível</li> </ul>
	3. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Na 1ª consulta</li> <li>➤ A cada ano</li> <li>➤ Ou sempre que possível</li> </ul>

**(FO 07) – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE**

Cunha J. et al. Manual da versão em Português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do psicólogo. 2001.

**Nome do Paciente:**
**Data de aplicação do instrumento:**
**Possui Diagnóstico de Ansiedade:** [ ] Não [ ] Sim. **Desde quando?** \_\_\_\_\_

**Já encontra-se em tratamento para Ansiedade:** [ ] Não [ ] Sim. **Tempo de tratamento?** \_\_\_\_\_

**Tratamento atual para Ansiedade:**
**Tratamentos prévios para Ansiedade:**
**BAI (Inventário de Ansiedade de Beck)**

Ultimamente como você tem sido incomodado por qualquer um dos sintomas abaixo?	Absolutamente não	Levemente (Não me incomodou muito)	Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pode suportar)	Gravemente (Difícilmente pode suportar)
1. Dormência ou formigamento.	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Sensação de calor	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Tremores nas pernas	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Incapaz de relaxar	[0]	[1]	[2]	[3]
5. Medo de que aconteça o pior	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Atordoado ou tonto	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Palpitações ou aceleração do coração	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Sem equilíbrio	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Aterrorizado	[0]	[1]	[2]	[3]
10. Nervoso	[0]	[1]	[2]	[3]
11. Sensação de sufocamento	[0]	[1]	[2]	[3]
12. Tremores nas mãos	[0]	[1]	[2]	[3]
13. Trêmulo	[0]	[1]	[2]	[3]
14. Medo de perder o controle	[0]	[1]	[2]	[3]
15. Dificuldade de respirar	[0]	[1]	[2]	[3]
16. Medo de morrer	[0]	[1]	[2]	[3]
17. Assustado	[0]	[1]	[2]	[3]
18. Indigestão ou desconforto abdominal	[0]	[1]	[2]	[3]
19. Sensação de desmaio	[0]	[1]	[2]	[3]
20. Rosto afogueado	[0]	[1]	[2]	[3]
21. Suor (não devido ao calor)	[0]	[1]	[2]	[3]

**Somatória dos Códigos marcados:**

+

+

+

+

**= Total Score:** \_\_\_\_\_

**Interpretação do Score Total do BAI**

Escore total	Gravidade da Ansiedade
0 – 7	Grau Mínimo
8 – 15	Ansiedade Leve
16 – 25	Ansiedade Moderada
26 – 63	Ansiedade Grave

Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.

## (FO 08) – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

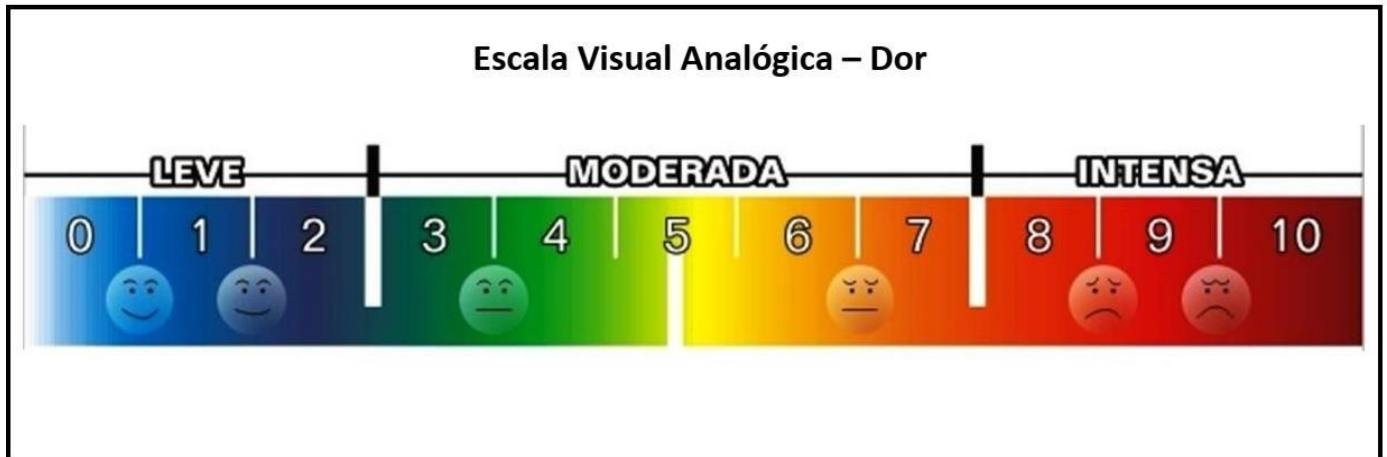
*Kurt K. Robert L.S. Janet B W W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. 16(9), 606–613, 2001.*

<b>Nome do Paciente:</b>				
<b>Data de aplicação do instrumento:</b>				
<b>Possui Diagnóstico de Depressão:</b> [ ] Não [ ] Sim. <b>Desde quando?</b> _____				
<b>Já encontra-se em tratamento para Depressão:</b> [ ] Não [ ] Sim. <b>Tempo de tratamento?</b> _____				
<b>Tratamento atual para Depressão:</b>				
<b>Tratamentos prévios para Depressão:</b>				
<b>PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)</b>				
Durante as duas últimas semanas, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos motivos abaixo?	Nenhuma vez	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as atividades.	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido(a) e/ou sem perspectiva.	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Dificuldade de pegar no sono e/ou de permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume.	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Sentir-se cansado(a) e/ou com pouca energia.	[0]	[1]	[2]	[3]
5. Falta de apetite ou comendo demais.	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Sentir-se mal consigo mesmo(a) ou achar que você é um fracasso e/ou que decepcionou a sua família ou você mesmo(a).	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Dificuldade para se concentrar nas atividades, como ler o jornal e ver televisão.	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem, ou o oposto, estar tão agitado(a) ou irrequieto(a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Pensar em se ferir de alguma maneira e/ou que seria melhor estar morto(a).	[0]	[1]	[2]	[3]
<b>Somatória dos Códigos marcados:</b>	+	+	+	+
<b>= Total Score:</b> _____				

<b>Interpretação do Score Total do PHQ - 9</b>	
<b>Escore total</b>	<b>Gravidade da Depressão</b>
1 – 4	Depressão mínima
5 – 9	Depressão Leve
10 – 14	Depressão Moderada
15 – 19	Depressão Moderadamente Grave
20 – 27	Depressão Grave

*Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.*

## (FO 09) – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR



### INSTRUÇÕES

- A avaliação da dor é realizada solicitando que o paciente atribua uma nota de 0 a 10 em relação a intensidade da dor conforme escala visual. Sendo 0 a dor leve e 10 a dor intensa.

## (FO 10) – PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA



### INSTRUÇÕES

- A avaliação da percepção geral de saúde (PGS) e da qualidade de vida (QV) é realizada solicitando que o paciente atribua uma nota de 0 a 10 à sua saúde e à sua qualidade de vida, respectivamente, sendo 0 a pior saúde/qualidade de vida imaginável e 10 a melhor.

## (FO 11) – CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS

Raehl C, Bond CA, Woods T, Patry RA, Sleeper RB. Individualized drug use assessment in the elderly. *Pharmacotherapy*. 22(10), 1239-1248, 2002.

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data de aplicação do instrumento:** \_\_\_\_\_

**O Paciente é incapaz de tomar o medicamento sozinho?**  
 Não, Instrumento dispensado     Sim, Aplicar ao cuidador

### MED TAKE

Avaliar a execução das seguintes atividades para cada medicamento utilizado (Med): 0 – Incorreta / 1 – Correta	Identificação do medicamento e da dose	Descrição da Indicação	Coingestão de alimentos e líquidos	Descrição do regime posológico
Med 1:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 2:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 3:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 4:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 5:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 6:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 7:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 8:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 9:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 10:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 11:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 12:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 13:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 14:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 15:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 16:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 17:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 18:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 19:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
Med 20:	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]	[ 0 ] [ 1 ]
<b>Somatória dos pontos:</b>	+	+	+	+

= Somatória dos pontos: \_\_\_\_\_

<b>Somatória total:</b> Nº de medicamentos utilizados x 4 = _____	<b>Score total (ST): (Somatória dos pontos / Somatória total) x 100</b> ST (%) = _____
--	---

### Interpretação dos Scores de MED TAKE

Valores (ST)	Capacidade de Gestão dos Medicamentos
< 50%	Baixa Capacidade de gestão
≥ 50%	Boa Capacidade de gestão

*Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.*



## (FO 12) – AVALIAÇÃO DA ADESÃO EM RELAÇÃO A ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO

**Nome do Paciente:**

**Data de aplicação do instrumento:**

### INSTRUMENTO BELIEFS ABOUT MEDICATIONS (BMQ 1)

*Adaptado de Salgado T, Marques A, Geraldés L, Benrimoj S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo Med J. Apr 2013;131(2):88-94.*

Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1 – Atualmente, a minha saúde depende desses medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
N2 – A minha vida seria impossível sem esses medicamentos.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
N3 – Sem esses medicamentos, eu estaria muito doente.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
N4 – A minha saúde, no futuro, dependerá desses medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
N5 – Esses medicamentos me protegem de ficar pior.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>Somatória dos fatores sobre a necessidade do tratamento (N):</b>	+	+	+
<b>= Total Score: _____ / 15 x 100 = _____</b>			
P1 – Ter que tomar esses medicamentos me preocupa	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
P2 – As vezes, os efeitos em longo prazo desses medicamentos me preocupam.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
P3 – Esses medicamentos são um mistério para mim.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
P4 – Esses medicamentos perturbam a minha vida.	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
P5 – As vezes, me preocupo em ficar muito dependente desses medicamentos	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
P6 – Esses medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>Somatória dos fatores sobre preocupação frente ao tratamento (T):</b>	+	+	+
<b>= Total Score: _____ / 18 x 100 = _____</b>			
<b>Razão de BMQ: Total Score N / Total Score P = _____ / _____</b>		<b>N / P = _____</b>	
Interpretação da Razão de BMQ 1			
Valores (N/P)	Compreensão da Necessidade de adesão à terapia		
< 1,0	Baixa Compreensão		
≥ 1,0	Boa Compreensão		
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>			

## INSTRUMENTO ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

*Adaptado de Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Journal of the Inter. Soc. for Pharm. and Out. Research. 12(1):118-23, 2009.*

### O Paciente é portador de doenças crônicas e possui baixo letramento em saúde?

Não, Instrumento dispensado     Sim, Aplicar o instrumento:

Com que frequência você:	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
<b>T1</b> - Esquece de tomar os seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T2</b> - Decide não tomar os seus medicamentos naquele dia?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T3</b> - Deixa de tomar o seu medicamento porque vai a uma consulta médica?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T4</b> - Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente melhor?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T5</b> - Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente mal ou doente?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T6</b> - Deixa de tomar o seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T7</b> - Muda a dose do o seu medicamento por alguma necessidade? (como quando você toma mais ou menos comprimidos do que deveria tomar)	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>T8</b> - Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de uma vez ao dia?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>Somatória dos fatores sobre a tomada dos medicamentos (T):</b>	+	+	+	+
<b>= Total Score: _____</b>				
<b>R1</b> - Esquece de ir à farmácia pegar os seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>R2</b> - Deixa acabar os seus medicamentos?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>R3</b> - Deixa de adquirir o seu medicamento por causa do preço muito caro?	[ 1 ]	[ 2 ]	[ 3 ]	[ 4 ]
<b>R4</b> - Antecipa-se e busca o seu medicamento na farmácia, antes mesmo de acabar o seu medicamento em casa?	[ 4 ]	[ 3 ]	[ 2 ]	[ 1 ]
<b>Somatória dos fatores sobre o reabastecimento dos medicamentos (R):</b>	+	+	+	+
<b>= Total Score: _____</b>				
<b>Somatória Total: Total Score T + Total Score R =</b>				
Interpretação dos Scores de ARMS				
Indicadores	Compreensão da adesão ao tratamento			
	Melhor Adesão	Pior Adesão	Fatores relacionados	
Total Score T	8 - 20	20 - 32	Tomada do medicamento	
Total Score R	4 -10	10 -16	Reabastecimento do medicamento	
Somatória Total	12 - 30	30 - 48	Tomada e Reabastecimento do medicamento	
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>				

## (FO 13) – ENCAMINHAMENTO

**Nome do Paciente:**

À (AO): \_\_\_\_\_

Prezado,

O(a) paciente \_\_\_\_\_

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Farmacêutico**



## (FO 14) – PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

1.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Farmacêutico**

## (FO 15) - AUTOMONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL

**Nome:**

<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>Data:</b>	<b>Hora:</b>	Medida 1: Medida 2: Medida 3:

### INSTRUÇÕES

- Antes das medidas, deve-se ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos;
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima;
- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;
- Ao efetuar várias medidas, fazer com intervalos de 1 minutos entre cada medida.
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

**(FO 16) - MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MRPA)**

**NOME:**

DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
<b>1º dia</b> ...../...../.....	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>2º dia</b> ...../...../.....	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>3º dia</b> ...../...../.....	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>4º dia</b> ...../...../.....	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
<b>5º dia</b> ...../...../.....	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	.....:.....	Medida 1: Medida 2: Medida 3:

**INSTRUÇÕES**

- Efetuar 3 (três) medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos e antes do desjejum, e 3 (três) medidas à noite, antes do jantar, com intervalos de 1 minutos entre cada medida;
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos;
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima;
- Colocar o manguito no braço ao nível do coração;
- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

## (FO 17) - AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO

**Nome:**

**Data do Início do Monitoramento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Data do término do monitoramento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Horário	Dia 1	Dia 2	Dia 3
Jejum			
Após café da manhã			
Antes do almoço			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
Hora de Dormir			
Observações: Atividades fora da rotina, como: Festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc			

### INSTRUÇÕES






Obs.: Os espaços em branco na tabela indicam os horários nos quais devem ser realizadas as medidas.

1. Lavar e secar as mãos;
2. Preparar o lancetador com a lanceta;
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor;
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue;
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada;
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente);
7. Observar o resultado após alguns segundos; Registrar o resultado obtido neste formulário;
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor

## (FO 18) – CALENDÁRIO POSOLÓGICO

### Plano personalizado de Aconselhamento ao Paciente

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MEDICAMENTO (Princípio ativo / Concentração)	 CAFÉ DA MANHÃ		 ALMOÇO		 LANCHE		 JANTAR		 HORA DE DORMIR		SE NECESSÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	-	-		

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:

FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL:



## ANEXOS

### ➤ Ficha de Atendimento Individual

Frete

Verso

<b>e-SUS</b> Atenção Básica	<b>FICHA DE ATENDIMENTO INDIVIDUAL</b>				DIGITADO POR:	DATA:								
					CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:								
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (NE)*	DATA*										
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	CBO											
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
TURNO														
Nº PRONTUÁRIO														
Nº CARTÃO SUS														
Data de nascimento*	Dia / mês		/		/		/		/		/		/	
	Ano													
Sexo*	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Local de atendimento* (ver agenda)														
Tipos de Atendimento* (Desenhe X em branco)														
Consulta Agendada Programada / Cuidado Contínuo														
Consulta Agendada														
Escuta Inicial / Orientação														
Consulta no Dia														
Atendimento de Urgência														
Avaliação Antropométrica*														
Peso (kg)														
Altura (cm)														
Vacinação em dia?														
Criança														
Alimentação Materna (ver agenda)														
Gestante														
DUM														
Gravidez Planejada														
Idade Gestacional ( Semanas )														
Gestões Prévia(s) / Partos														
Atenção Domiciliar														
Modalidade AD: 1, 2 ou 3 (ver agenda)														
Atenção Domiciliar														
Asma														
Desnutrição														
Diabetes														
DPOC														
Hipertensão Arterial														
Obesidade														
Pré-natal														
Puericultura														
Puerpério (até 42 dias)														
Saúde Sexual e Reprodutiva														
Tabagismo														
Uso de álcool														
Uso de outras drogas														
Saúde Mental														
Reabilitação														

Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Problemas / Condição Atual* Transmitíveis	Tuberculose												
	Hanseníase												
	Dengue												
	DST												
	Câncer do Colo do Útero												
	Câncer de Mama												
	Risco cardiovascular												
	CIAP2 - 01												
	CIAP2 - 02												
	Outros												
	CID10 - 01												
	Coletar total												
	Coletar												
EAS/ECU													
Electrocardiograma													
Electroforese de Hemoglobina													
Espionagem													
Exame de escarro													
Glicemia													
HDL													
Hemoglobina Glicada													
Hemograma													
LDL													
Retrografia / Fundo de Olho com oftalmologista													
Sonografia de Sítio (VDR)													
Sonografia para Dengue													
Sonografia para HIV													
Teste indireto de aglutinação humana (Ia)													
Teste da creatinina													
Teste de Gravidez													
Teste do sítio													
Teste do psitrilo													
Ultrasonografia obstétrica													
Urocultura													
Outros (SUA)													
Se usou alguma PIC, indicar qual (ver agenda)													
Fiz ou Observação?													
Integração	Avaliação / Diagnóstico												
	Procedimentos Clínicos / Terapêutico												
	Prescrição Terapêutica												
	Retorno para consulta agendada												
Cuidado* Condição Atual*	Retorno pr cuidado contínuo/programado												
	Agendamento para Grupo												
	Agendamento pr NAGP												
Aita do episódio	Encaminhamento Interno no Dia												
	Encaminhamento pr Serviço Especializado												
	Encaminhamento pr CAPS												
	Encaminhamento pr Internação Hospitalar												
	Encaminhamento pr Urgência												
	Encaminhamento pr Serviço de Atenção Domiciliar												
Encaminhamento Interinstucional													

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha  Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)  
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo  
 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa **Alimentação Materna:** 01 - Exclusivo 02 - Predominante 03 - Complementado 04 - Insuficiente  
**Modalidade de AD:** Destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo semanais. AD3: usuário com os critérios de AD2 somados ao uso de suporte ventilatório não invasivo, ou paracetamol, ou dilata peritoneal.  
 PIC: 01 - Medicina Tradicional Chinesa 02 - Acupuntura aplicada à saúde 03 - Fitoterapia 04 - Fitoarquitetura 05 - Terapias complementares 06 - Práticas corporais e mentais em PICs 07 - Técnicas manuais em PICs 08 - Outros \* Campo Obrigatório

➤ **Ficha de Atividade Coletiva**

Frente

Verso

<b>SAÚDE</b> ATENÇÃO BÁSICA		<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*	/ /
TURNO.*		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***	
LOCAL DE ATIVIDADE					
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)		CNS			
OUTRA LOCALIDADE:					
Nº DE PARTICIPANTES*		Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS			
ATIVIDADE (opção única)*			TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)**		
<input type="radio"/> Reunião de equipe <input type="radio"/> Reunião com outras equipes de saúde <input type="radio"/> Reunião intersectorial/Conselho Local de Saúde/Controle social			<input type="checkbox"/> Questões administrativas/Funcionamento <input type="checkbox"/> Processos de trabalho <input type="checkbox"/> Diagnóstico do território/Monitoramento do território <input type="checkbox"/> Planejamento/Monitoramento das ações da equipe <input type="checkbox"/> Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> Educação Permanente <input type="checkbox"/> Outros		
ATIVIDADE (opção única)*					
<input type="radio"/> Educação em saúde <input type="radio"/> Atendimento em grupo <input type="radio"/> Avaliação/Procedimento coletivo <input type="radio"/> Mobilização social					
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> Comunidade em geral <input type="checkbox"/> Criança 0 a 3 anos <input type="checkbox"/> Criança 4 a 5 anos <input type="checkbox"/> Criança 6 a 11 anos <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Pessoas com doenças crônicas <input type="checkbox"/> Usuário de tabaco <input type="checkbox"/> Usuário de álcool <input type="checkbox"/> Usuário de outras drogas <input type="checkbox"/> Pessoas com sofrimento ou transtorno mental <input type="checkbox"/> Profissional de educação <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Ações de combate ao Aedes aegypti <input type="checkbox"/> Agravos negligenciados <input type="checkbox"/> Alimentação saudável <input type="checkbox"/> Autocuidado de pessoas com doenças crônicas <input type="checkbox"/> Cidadania e direitos humanos <input type="checkbox"/> Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas <input type="checkbox"/> Envelhecimento/climatério/andropausa/etc. <input type="checkbox"/> Plantas medicinais/fitoterapia <input type="checkbox"/> Prevenção da violência e promoção da cultura de paz <input type="checkbox"/> Saúde ambiental <input type="checkbox"/> Saúde bucal <input type="checkbox"/> Saúde do trabalhador <input type="checkbox"/> Saúde mental <input type="checkbox"/> Saúde sexual e reprodutiva <input type="checkbox"/> Semana saúde na escola <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Antropometria <input type="checkbox"/> Aplicação tópica de flúor <input type="checkbox"/> Desenvolvimento da linguagem <input type="checkbox"/> Escovação dental supervisionada <input type="checkbox"/> Práticas corporais e atividade física <input type="checkbox"/> PNCT Sessão 1 <input type="checkbox"/> PNCT Sessão 2 <input type="checkbox"/> PNCT Sessão 3 <input type="checkbox"/> PNCT Sessão 4 <input type="checkbox"/> Saúde auditiva <input type="checkbox"/> Saúde ocular <input type="checkbox"/> Verificação da situação vacinal <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	PESO (kg)	ALTURA (cm)	PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
							Cessou o hábito de fumar	Abandonou o cigarro
1		/ /						
2		/ /						
3		/ /						
4		/ /						
5		/ /						
6		/ /						
7		/ /						
8		/ /						
9		/ /						
10		/ /						
11		/ /						
12		/ /						
13		/ /						
14		/ /						
15		/ /						
16		/ /						
17		/ /						
18		/ /						
19		/ /						
20		/ /						
21		/ /						
22		/ /						
23		/ /						
24		/ /						
25		/ /						
26		/ /						
27		/ /						
28		/ /						
29		/ /						
30		/ /						
31		/ /						
32		/ /						
33		/ /						
34		/ /						
35		/ /						

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório


\*\*Campo obrigatório ao informar lista de participantes

\*\*\*Campo com obrigatoriedade condicionada

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha\\_de\\_Atividade\\_Coletiva.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Ficha_de_Atividade_Coletiva.pdf)

➤ **Ficha de Procedimentos**

Frete

		<b>FICHA DE PROCEDIMENTOS</b>												DIGITADO POR:	DATA: / /
														CONFERIDO POR:	FOLHA Nº
CNS DO PROFISSIONAL*		CBO*			CNES*			INS*			DATA*				
Nº TURNO*		Nº PRONTUÁRIO													
CNS DO CIDADÃO															
Data de nascimento*		Dia/Mês/Ano													
Sexo* (0) Feminino (1) Masculino															
Local de atendimento*															
Escusa médica* (1) Sim (2) Não															
Anestesia com injeção de agulhas															
Administração de soro em A															
Cauterização vesical de alívio															
Cauterização química de pequenas lesões															
Cirurgia de unha (c/ antipseúda)															
Cuidado de estoma															
Cuidado especial															
Curetagem de estoma															
Eletrocardiograma															
Coleta de citopatológico de colo uterino															
Exame de glicemia															
Exames ECG (função de tumores musculares do cor)															
Fundoscopia (exame de fundo de olho)															
Infiltração em cavidade sinusal															
Remoção de corpo estranho de cavidade nasal															
Remoção de corpo estranho subcutâneo															
Retirada de cerume															
Retirada de pontos de cirurgia															
Sutura simples															
Tratamto oftalmológico															
Temporamento de epítase															
De gravidez															
Dosagem de proteínas															
Para HIV															
Para hepatite C															
Para sífilis															
Oral															
Intravenoso															
Endovenoso															
Inalação/Inalação															
Tópica															
Piercings para tratamento de sífilis															
Subcutânea (SC)															

Verso

Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															
Código do SIGTAP (registre o código de verificação)															

<b>Procedimentos consolidados</b>		
Aferição de PA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aferição de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Curetagem simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coleta de material para exame laboratorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colagem capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medição de altura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medição de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda:  Opção múltipla de escolha  Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)  
 Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia de Saúde)  
 08 - Instituto/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa  
 \*Campo obrigatório

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha\\_de\\_procedimentos.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_de_procedimentos.pdf)