



FICHA PARA CUIDADO FARMACÊUTICO - CONSULTA DE RETORNO

PACIENTE:

DATA:

HORA:

RESULTADO DAS INTERVENÇÕES

MUDANÇA DESDE A ÚLTIMA CONSULTA	EVOLUÇÃO / O QUE ACONTECEU		
MUDANÇAS NO COMPORTAMENTO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO			
ALTERAÇÕES NA FARMACOTERAPIA REALIZADAS			
EXAMES DE MONITORAMENTO REALIZADOS			
CONSULTAS REALIZADAS COM MÉDICO E OUTROS PROFISSIONAIS			
REGISTRO DE PESO / ALTURA / IMC	PESO: (utilizar vírgula como separador)	ALTURA: (utilizar vírgula como separador)	IMC:

PROBLEMAS DE SAÚDE / QUEIXAS - RETORNO

PROBLEMAS DE SAÚDE	REGISTRO DE EXAMES, SINAIS E SINTOMAS DO PACIENTE RELATIVOS A CADA DOENÇA	DATA DO EXAME	ESTADO CLÍNICO ATUAL *

* CURADO (CUR)

CONTROLADO (CON)

MELHORA PARCIAL (MPA)

PIORA PARCIAL (PPA)

NÃO CONTROLADO (NCO)

SOB AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA (SAD)

DESCONHECIDO (DES)

INDICADOR (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

EXAME FÍSICO

PA=

DX=

ALERGIAS

SIM

NÃO

OBS.:

PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÕES

CONDUTAS

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO:

DATA: