



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FICHA PARA CUIDADO FARMACÊUTICO

CAMPO I - PERFIL DO USUÁRIO:

DATA:	CONSULTÓRIO DOMICÍLIO		PRONTUÁRIO:
NOME:			RAÇA: IDADE:
DATA DE NASCIMENTO:	CARTÃO SUS:	GÊNERO: MASCULINO FEMININO	
POSSUI CAPACIDADE PARA: LER ESCREVER APENAS NÚMERO	PESO:	ALTURA:	IMC:
TELEFONE:	OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:			Nº:
TEM CUIDADOR? SIM NÃO	COM QUEM MORA:		
AUTONOMIA NA GESTÃO DOS MEDICAMENTOS: TOMA SEM ASSISTÊNCIA NECESSITA DE LEMBRETES INCAPAZ DE TOMAR SOZINHO			
TEM ALGUMA LIMITAÇÃO? SIM NÃO	QUAL:		
LOCAIS DE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS EM CASA: SALA QUARTO BANHEIRO COZINHA	PACIENTE FOI ORIENTADO? SIM NÃO		
LOCAL DE ARMAZENAMENTO DE INSULINA: FORA DO REFRIGERADOR MEIO DO REFRIGERADOR PARTE INFERIOR DO REFRIGERADOR PORTA DO REFRIGERADOR PRÓXIMO AO CONGELADOR	PACIENTE FOI ORIENTADO? SIM NÃO		
ALGUNS DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ OU CAUSA ALERGIA: SIM NÃO	SE SIM, QUAL E POR QUÊ?		

CAMPO II - HISTÓRICO SOCIAL

FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICA: SIM NÃO	FREQUÊNCIA DE USO:
TABACO: SIM NÃO EX-TABAGISTA	QUANTIDADE DIÁRIA:
EXERCÍCIOS FÍSICOS: SIM NÃO	FREQUÊNCIA:
HISTÓRICO FAMILIAR DE PROBLEMAS DE SAÚDE:	

CAMPO III - HÁBITOS ALIMENTARES

ROTINA (HORÁRIOS E OBSERVAÇÕES IMPORTANTES):

ACORDA	CAFÉ	LANCHE	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	DORMIR



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

FICHA PARA CUIDADO FARMACÊUTICO

PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA	MEDICAMENTO(S) ENVOLVIDO(S)												
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO													
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO EM SUBDOSE <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO EM SOBREDOSE <input type="checkbox"/> FORMA FARMACÊUTICA OU VIA DE ADMINISTRAÇÃO PRESCRITA INADEQUADA <input type="checkbox"/> FREQUÊNCIA OU HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO PRESCRITOS INADEQUADOS <input type="checkbox"/> DURAÇÃO INADEQUADA DE TRATAMENTO PRESCRITO <input type="checkbox"/> INTERAÇÃO MEDICAMENTO-MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> INTERAÇÃO MEDICAMENTO-ALIMENTO <input type="checkbox"/> CONDIÇÃO CLÍNICA SEM TRATAMENTO <input type="checkbox"/> NECESSIDADE DE MEDICAMENTO ADICIONAL <input type="checkbox"/> DISPONIBILIDADE DE ALTERNATIVA MAIS CUSTO-EFETIVA <input type="checkbox"/> OUTROS PROBLEMAS DE SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO 													
ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO													
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> OMISSÃO DE DOSES (SUBDOSAGEM) PELO PACIENTE <input type="checkbox"/> ADIÇÃO DE DOSES (SOBREDOSAGEM) PELO PACIENTE <input type="checkbox"/> TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO DO PACIENTE INCORRETA <input type="checkbox"/> HOMOGENEIZAÇÃO E APLICAÇÃO DA INSULINA DE FORMA INCORRETA <input type="checkbox"/> FORMA FARMACÊUTICA OU VIA DE ADMINISTRAÇÃO INCORRETA <input type="checkbox"/> FREQUÊNCIA OU HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO INCORRETO, SEM ALTERAR DOSE DIÁRIA <input type="checkbox"/> DURAÇÃO DO TRATAMENTO SEGUIDA PELO PACIENTE INCORRETA <input type="checkbox"/> DESCONTINUAÇÃO INDEVIDA DO MEDICAMENTO PELO PACIENTE <input type="checkbox"/> CONTINUAÇÃO INDEVIDA DO MEDICAMENTO PELO PACIENTE <input type="checkbox"/> REDUÇÃO ABRUPTA DE DOSE PELO PACIENTE <input type="checkbox"/> PACIENTE NÃO INICIOU O TRATAMENTO <input type="checkbox"/> USO ABUSIVO DO MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> AUTOMEDICAÇÃO INDEVIDA <input type="checkbox"/> OUTROS PROBLEMAS DE ADMINISTRAÇÃO OU ADESÃO NÃO ESPECIFICADOS 													
DISCREPÂNCIA ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE													
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS DISCREPANTES <input type="checkbox"/> DUPLICIDADE TERAPÊUTICA ENTRE PRESCRIÇÕES <input type="checkbox"/> DOSES DISCREPANTES <input type="checkbox"/> OUTRAS DISCREPÂNCIAS NÃO ESPECIFICADAS 													
MONITORAMENTO													
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> NECESSIDADE DE MONITORAMENTO LABORATORIAL <input type="checkbox"/> NECESSIDADE DE MONITORAMENTO NÃO LABORATORIAL <input type="checkbox"/> NECESSIDADE DE AUTOMONITORAMENTO <input type="checkbox"/> PROBLEMA DE AUTOMONITORAMENTO 													
TRATAMENTO NÃO EFETIVO													
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TRATAMENTO NÃO EFETIVO COM CAUSA IDENTIFICADA <input type="checkbox"/> TRATAMENTO NÃO EFETIVO SEM CAUSA DEFINIDA 													
REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO													
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td>QUAL? _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TOSSE</td> <td><input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA</td> <td><input type="checkbox"/> COCEIRA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TONTURA</td> <td><input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR</td> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SONO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> CANSAÇO</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____	<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/> COCEIRA	<input type="checkbox"/> TONTURA	<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SONO	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CANSAÇO	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	QUAL? _____											
<input type="checkbox"/> TOSSE	<input type="checkbox"/> DOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/> COCEIRA											
<input type="checkbox"/> TONTURA	<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS DE SONO											
<input type="checkbox"/> PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CANSAÇO											
<input type="checkbox"/> NENHUM PROBLEMA RELACIONADO À FARMACOTERAPIA NESTE MOMENTO													

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	OBSERVAÇÕES
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE TRATAMENTO EM GERAL <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE SAÚDE DE FORMA GERAL <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE ARMAZENAMENTO, TÉCNICA DE HOMOGENEIZAÇÃO E APLICAÇÃO DE INSULINA <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE AUTOMONITORAMENTO <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE ACESSO AOS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> ACONSELHAMENTO SOBRE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> OUTRO ACONSELHAMENTO NÃO ESPECIFICADO 	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA CONFORME PRESCRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> AUMENTO DA DOSE DIÁRIA <input type="checkbox"/> REDUÇÃO DA DOSE DIÁRIA <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO NA FREQUÊNCIA OU HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO, SEM ALTERAÇÃO DA DOSE DIÁRIA <input type="checkbox"/> INÍCIO DE MEDICAMENTO JÁ PRESCRITO <input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO DE MEDICAMENTO POR AUTOMEDICAÇÃO INADEQUADA OU SUSPENSO PELO PRESCRITOR <input type="checkbox"/> OUTRAS ALTERAÇÕES NA TERAPIA NÃO ESPECIFICADAS 	
MONITORAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO DE MONITORAMENTO LABORATORIAL <input type="checkbox"/> RECOMENDAÇÃO DE AUTOMONITORAMENTO 	
ENCAMINHAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO PARA O COMPONENTE ESPECIALIZADO <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO PARA A EQUIPE DE REFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO PARA GRUPOS QUAL? _____ <input type="checkbox"/> OUTROS ENCAMINHAMENTOS NÃO ESPECIFICADOS 	
MATRICIAMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> COM A EQUIPE / PROFISSIONAL: _____ 	
PROVISÃO DE MATERIAIS	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> LISTA OU CALENDÁRIO POSOLÓGICO DE MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> RÓTULOS / INSTRUÇÕES PICTÓRICAS <input type="checkbox"/> INFORME TEREPÊUTICO / CARTA AO MÉDICO OU OUTROS PROFISSIONAIS <input type="checkbox"/> MATERIAL EDUCATIVO IMPRESSO / PANFLETO <input type="checkbox"/> DIÁRIO PARA AUTOMONITORAMENTO <input type="checkbox"/> ORGANIZADOR DE COMPRIMIDOS OU DISPOSITIVO PARA AUXILIAR NA ADESÃO AO TRATAMENTO <input type="checkbox"/> PROVISÃO DE MATERIAIS NÃO ESPECIFICADOS 	
<input type="checkbox"/> NENHUMA INTERVENÇÃO REALIZADA NESSE MOMENTO	
FINALIZAÇÃO DA CONSULTA	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO:	DATA: