



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

**FICHA PARA CUIDADO FARMACÊUTICO**

**CAMPO I - PERFIL DO USUÁRIO:**

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

**CAMPO II - HISTÓRIO SOCIAL**

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

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