

APÊNDICE – Protocolo de Cuidado Farmacêutico a Indivíduos com Diabetes Mellitus

Gabriel Silas Borges Silva de Melo^{1*}, Sabrina Rodrigues Ribeiro¹, Amanda Silva de Sousa¹, Beatriz Scarleth Noleto de Souza¹, Alessandra Camillo da Silveira Castello Branco¹.

Dados Pessoais

Data do atendimento:	Data da primeira consulta:	Número do Prontuário:
Identificação		
Nome Completo:		
		CPF:
Data de Nascimento:	Raça:	Sexo: () M () F
Endereço:		
Número:	Bairro:	CEP:
Complemento:		
Telefone:	E-mail:	
Naturalidade:	Estado Civil:	
Escolaridade:	Ocupação:	
Peso (Kg):	Altura (m):	IMC:
Nome do Cuidador/Acompanhante/ Responsável:		
Grau de Parentesco:	Idade:	
Telefone do Responsável:		

História Social

Com quem mora? Número de Pessoas?	
Onde adquire suas medicações?	
Quanto gasta por mês com medicamentos?	
Local de armazenamento de medicamentos em casa?	
Faz uso de bebida alcoólica?	() Sim () Não
Se sim, Quais?	Frequência: Quantidade:
Faz uso de tabaco? () Sim () Não	() Fumava, mas parou há quantos anos?
Tipo:	Quantidade/Dia: Anos de uso:
Pratica atividades físicas?	() Sim () Não
Orientada pelo médico?	() Sim () Não
Tipo:	Duração:
Frequência:	Sente alguma coisa?

Hábitos Alimentares

Café da Manhã:

Lanche:

Almoço:

Lanche:

SUBMETIDO EM: 4/2019

ACEITO EM: 5/2019

PUBLICADO EM: 8/2019

Sente alguma das dificuldades elencadas abaixo? (muito; pouco; nada)

Dificuldade	Grau	Comentário (qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem		
Ler o que está escrito na embalagem		
Lembrar de tomar o medicamento		
Conseguir o medicamento (custo/acesso)		
Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo		

Complicações

Sabe identificar e tratar a hiperglicemia?	() Sim	() Não
Se sim, quais medidas você toma?		
Já apresentou e/ou apresenta complicação decorrente do DM?	() Sim	() Não
Se sim, quais complicações? Quais medidas preventivas tomou?		
Quando tem algum ferimento nos membros inferiores, como ocorre o processo de cicatrização?	() Sim. () De forma lenta	() Não Cicatrizam
Apresenta úlceras nas pernas?	() Sim	() Não
Apresenta formigamento, algum calo ou lesões nos pés?	() Sim	() Não
Se sim, qual? Quais medidas preventivas tomou?		
Sabe a finalidade de cada medicamento que faz uso? Explica, por favor.	() Sim	() Não

Registro de Uso Atual de Medicamentos

Data:				Número do Prontuário:		
CRM do Prescritor	Medicamento	Indicação	Apresentação e Posologia prescrita	Uso correto? (Em caso negativo especifique)	Duração do Tratamento	Data de Início do Tratamento
				() Sim () Não		
				() Sim () Não		
				() Sim () Não		
				() Sim () Não		
				() Sim () Não		

				() Sim () Não		
				() Sim () Não		
				() Sim () Não		

Observações:

Data de Retorno Agendada:

Avaliação Farmacêutica

Nome do Paciente:				Número do Prontuário:	
CRM do Prescritor	Condição e objetivo terapêutico	Data de Avaliação	Nome do Medicamento	Resultados (marcar com sim ou não)	Observações
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	

				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	

				Necessário () Efetivo () Seguro ()	
				Necessário () Efetivo () Seguro ()	

Intervenção Farmacêutica

Nome do Paciente:			Número do Prontuário:	
Data da Intervenção	Problema Identificado	Descrição da Intervenção	Resultado da Intervenção	Observações

Consulta Subsequente

Data do Atendimento:	Nome do Paciente:	Número do Prontuário:

Moléstia Atual

--

Queixa Principal:

--

História Clínica:

--

Modificações nos Hábitos de Vida

Dieta:

Atividade Física:
Outros:
Classificação de Risco

Exames Clínicos e Laboratoriais

Exame	Data:	Data:	Data:	Data:
Glicemia de jejum				
Hemoglobina Glicada				
Colesterol Total				
HDL				
LDL				
VLDL				
Triglicérides				
TSH				
T4				
Vitamina D				
Eritrograma				
Leucócitos				
Plaquetas				
TGO (AST)				
TGP (ALT)				

Observações/Outros Exames: <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>
