

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;"/> |
|---|

| |
|--|
| |
| |
| |