

FMUC-Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Ministério da Educação do Brasil

FFUC- Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

GRUPO DE FARMACOLOGIA E CUIDADOS FARMACÊUTICOS DA FACULDADE DE FARMÁCIA DE COIMBRA

CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (CRIP)

**RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA/FONTE DE INFORMAÇÃO PARA A MELHOR HISTÓRIA FARAMACOTERAPÊUTICA**

**ENTREVISTA DOENTE/CUIDADOR**

**RECONCILIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA**

|  |
| --- |
| Data da Admissão: Data de Nascimento: Idade: |
| Identificação do doente:  |
| Origem: ( ) SU ( ) Consulta Externa ( ) Transferência interna ( ) Agendamendo ( ) Agendamento |
| Prescritor Responsável: |
| Psicopatologia ou Motivo do Internamento: |
| Patologias Concomitantes: |
| Serviço: Enfermaria: Cama: |
| Hábitos Tóxicos: ( ) Álcool ( ) Tabaco ( ) Outros  |
| Alergias: |
| Potenciais efeitos adversos: |
| Adesão a terapêutica: |
| Insuficiência Hepática ( ) Insuficiência Renal ( )  |
| Fonte de Informação:  |
| Observações clínicas que poderão ajudar na História Farmacoterapêutica:Verificar verso da folha: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de início | Medicamentos pré-hospitalares  | Dose(mg) | Via de administração | Frequência | Observações a ser atribuídas a cada medicamento  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nome do Farmacêutico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_