**PARTE 1 – DADOS GERAIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** |  | **Início** |  | | **Término** |  | | **Duração** | | 00:00:00 |
| **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS** | | | | | | | | | | |
| **Origem** |  | | | | | | | **Atendimento:** | |  |
| **USUÁRIO** |  | | | | | | | **Prontuário** | |  |
| **Nascimento**: |  | **Idade** | 0 | | | **Escolaridade (anos estudo)** | | | |  |
| **Gênero** |  |  | | | | **Telefones:** | | | | |
| **Endereço** |  | | | | |  | | | | |
|
| **Estado Civil** |  | **Ocupação/Profissão** | | |  | | | | | |
| **Serviços/profissionais saúde:** | |  | | | | | | | | |
| **Aquisição medicamentos** | |  | |  | | |  | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Motivo do referenciamento** |  |
| **Responsável pelo referenciamento** |  |

**Data, Início, Término e Duração**:

Na avaliação inicial e nos retornos preencher a data do atendimento, clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo. Essa data não deve ser atualizada, pois é a partir dela que será calculada a idade do paciente. Para isso não clique novamente no campo.

Da mesma maneira, o horário de início e término devem ser acessados apenas uma vez, clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo. Preencha o início assim que começar o atendimento e o término assim que terminá-lo. Nesse caso, lembre-se que você pode terminar o atendimento preenchendo dados dessa planilha ou da planilha “Avaliação Inicial e Plano”, que também é preenchida no primeiro atendimento.

Com essas informações, a planilha irá calcular automaticamente a duração do atendimento, permitindo aos prestadores de cuidado e aos gestores dimensionar o tempo real demandado para cuidar no contexto do GTM.

**Atendimento:**

Registre se o atendimento foi realizado na própria unidade ou em domicílio, clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo (formulário eletrônico) ou descreva a opção referente ao local no qual o atendimento foi realizado (formulário manual).

**Usuário e Prontuário**

Registre o nome completo do paciente, sem abreviações e o número do prontuário em todas as páginas da documentação.

**Nascimento e idade**

Registre a data de nascimento do paciente, o mais completo possível, para permitir o cálculo da idade. Esse será feito de forma automática, a partir de uma fórmula já inserida na planilha. Portanto, não clique nesse campo para não apagar a fórmula. A idade será calcula a partir da data de nascimento e da data do primeiro atendimento, registrada acima.

Escolha e registre como solteiro, casado, união estável, divorciado/separado, viúvo, outros, clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo (formulário eletrônico) ou descreva o estado civil informado pelo paciente (formulário manual).

**Escolaridade (anos estudo):**

Descreva se o paciente é analfabeto ou se possui algum grau de escolaridade. Caso possua, registrar o número de anos de estudo a partir da informação sobre a última série cursada.

**Gênero**

Registre Masculino ou Feminino, clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo.

**Ocupação/Profissão**

Registre se o paciente trabalha na atualidade, exercendo algum tipo de serviço remunerado. Se o paciente for aposentado, estiver desempregado ou for dona de casa, registre nesse campo.

Caso o paciente trabalhe, registre qual é a sua profissão. Caso não trabalhe, registre: Não se aplica (NA).

**Endereço e telefones**

Registrar o endereço residencial completo do paciente (rua, avenida, beco, travessa, número da residência, complemento e código postal).

Registre o telefone de contato do paciente e o tipo de telefone (residencial, trabalho). Caso o telefone indicado não seja do próprio paciente, registrar o nome do contato e a relação com o paciente (vizinho, amigo, etc).

**Serviços/profissionais saúde:**

Descreva a equipe da saúde da família a qual o paciente está vinculado. Descreva ainda outros pontos da rede no qual o usuário é atendido, além da UBS, como especialistas, médicos de convênio, dentre outros.

**Aquisição medicamentos**

Descreva onde o paciente adquire seus medicamentos, da seguinte maneira. Registre todos os locais de atendimento.

* UBS (unidade básica de saúde)
* Farmácia Popular
* Farmácia de dispensação especial
* Farmácia particular
* Judicial

**Referenciamento**

Use esse campo para registar o motivo de encaminhamento ou da procura do usuário pelo serviço. Se o paciente foi encaminhado, registre quem o encaminhou ao serviço. Padronizar o motivo do encontro usando as seguintes informações:

* Encaminhamento pela equipe para o controle de doenças crônicas (DM, controle HAS, etc)
* Encaminhamento médico para o gerenciamento da terapia (quando não houver especificação)
* Busca ativa
* Demanda espontânea
* Encaminhamento pelo PAM/hospital após alta
* Outro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HÁBITOS DE VIDA E DADOS FÍSICOS** | | | | | | | | | | |
| **Atividade física**: | |  | | Tipo? Duração? Frequência? Incômodo? | | | |  | | |
|
| **Cigarro:** | |  | | **Bebidas alcoólicas** | | | |  | **Dados antopométricos** | |
| Qde usada? | |  | | Qde usada? | | |  | | **Peso** |  |
| Anos/uso: | |  | | Tempo uso: | | |  | | **Altura** |  |
| Anos/maço: | |  | | Parou quando? | | |  | | **IMC** | #DIV/0! |
| Parou quando? | |  | | Bebida: | | |  | | | |
| Tentou parar? | |  | | Tentou parar? | | |  | | | |
| **Rotina, hábitos alimentares, ingestão hídrica e café** (Horário e observações importantes) | | | | | | | | | | |
| Acorda |  | | Lanche | |  |  | | | | |
| Café manhã |  | | Jantar | |  |
| Lanche |  | | Dorme | |  |
| Almoço |  | |  | | | | | | | |

**Atividade Física**

Assinale a sua escolha (Não, Sim) clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do campo.

Registre o tipo de atividade física, a duração ao dia, a frequência semanal e se o paciente sente algum tipo de incômodo com a realização do mesmo.

**Cigarro**

Investigue o uso de cigarro e com perguntas diretas ao paciente. Assinale a sua escolha (Nunca usou, Parou, Mantêm uso), clicando em cima da seta que aparece ao lado direito do campo.

Se o paciente parou de fumar, registre aproximadamente a quanto tempo. Caso não tenha parado, mas tenha tentado ou gostaria de tentar, registre essa informação em campo específico para auxiliá-lo no manejo do tabagismo.

Se o paciente mantém o uso, clique em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo: 1 a 10 cig/dia, 10- cig/dia ou > 20 cig/dia (formulário manual)

**Álcool**

Investigue o uso de álcool com perguntas diretas ao paciente. Clique em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo (Nunca usou, Parou, Mantêm uso). Registre o tipo de bebida se ele mantém o uso.

Se o paciente mantém o uso, clique em cima da seta que aparece ao lado direito do respectivo campo para assinalar a quantidade de drinks usados ao longo de 24 horas de acordo com as seguintes opções: < 2 drinks/sem; 2-6 drinks/sem; > 6 drinks/sem. Para estimar o consumo de bebidas alcoólicas é útil a medida de 1 dose = 14 g de álcool.

Se o paciente parou de fazer uso de bebida alcoólica, registre aproximadamente a quanto tempo e registre se o paciente já tentou parar ou se gostaria de tentar de beber.

**Peso, Altura e IMC**

Pese o paciente e registre o peso em Kg. Meça a altura do paciente no primeiro atendimento e registre a altura em metros. Calcule o índice de massa corporal do indivíduo usando a fórmula: IMC = peso/altura2. Verifique o estado do indivíduo de acordo com o Anexo Y.

**Rotina e hábitos alimentares**

Verifique a ingestão hídrica do indivíduo (número de copos/dia) e de café (xícaras/dia)

Descreva os horários relativos à rotina (acordar e dormir) e a cada refeição, pois a utilização de medicamentos deve se ajustar à rotina diária do paciente.

No campo maior a seguir (refeições), registre se o paciente segue alguma dieta (hipossódica, hipocalórica, com restrição de açúcar, entre outras), visto que a nutrição é núcleo de ação de outro profissional. Entretanto, para pacientes diabéticos é importante verificar a se a distribuição dos carboidratos é homogênea ao longo do dia, o que influencia na segurança dos tratamentos propostos.

|  |
| --- |
| **ALERTAS** (descrever nesse campo RAM importantes identificadas durante a avaliação inicial, gravidez, lactação, estrutura familiar, presença de limitações) |
|  |

Esse campo tem múltiplas funções e deve ser usado para registrar as seguintes situações, se pertinente: gravidez, lactação, estrutura familiar, limitações e história de reações adversas.

**Gravidez e lactação**

Registre apenas se mulher grávida e, nesse caso, coloque o mês (ou semana) de gestação no qual a mulher se encontra.

Registre apenas se mulher amamentando.

**Estrutura familiar:**

Descreva, se julgar pertinente, com usuário vive, se tem filhos, se moram perto, dentre outras informações.

**Tem cuidador?**

Descreva se seu paciente necessita de cuidados diários e com a saúde e nesse caso registre o nome, o parentesco e o telefone de contato do cuidado para posterior contato, se necessário.

**Limitações**

Descreva se paciente possui alguma limitação (Locomoção, Fala, Visão, Audição, Outras). Caso opte por outras, descreva qual a limitação.

**Reações adversas**

Essa informação será obtida após o preenchimento de toda a avaliação inicial, que inclui as Partes 1 e 2 do prontuário. Durante a obtenção da história medicamentosa do paciente, será possível identificar possíveis reações adversas, que serão registradas nos locais onde foram identificadas e depois transcritas para esse campo, com o intuito de alertar o farmacêutico e não se perder na história clínica do mesmo. Nesse campo indique o nome do medicamento e a frase (por exemplo, ver em Hipertensão, Avaliação inicial) para que o farmacêutico possa encontrar facilmente a história da reação, caso necessário.

Se durante a entrevista não for identificado nenhuma reação adversa, volte a esse campo e registre ‘Nega’ ou ‘não conhecido’.

|  |
| --- |
| **USO DE PLANTAS, FITOTERÁPICOS** (Indicação, nome, qde, n° vezes/dia, parte usada); **TERAPIAS ALTERNATIVAS** |
|  |

Use esse campo para registrar o uso de plantas com o intuito farmacológico ou fitoterápicos: para cada planta/fitoterápico registre o nome, a indicação, a parte e a quantidade usada no preparo, o número de vezes ao dia. Se o medicamento foi adquirido por meio do programa Farmácia Viva, registrar claramente essa ocorrência.

|  |
| --- |
| **EXPERIÊNCIA SUBJETIVA COM O USO DO MEDICAMENTO**  (Expectativa, compreensão, preocupações, crenças e comportamento) |
|  |

A experiência vivida com medicamentos engloba os sentimentos, expectativas, preocupações do paciente com relação aos medicamentos de forma geral ou a algum medicamento em particular. Nesse campo deve constar respostas para os seguintes questionamentos:

* O que o paciente deseja/ espera de seu tratamento medicamentoso?
* Descrever quaisquer preocupações que o paciente tem sobre sua farmacoterapia.
* Qual é o nível de entendimento do paciente sobre sua farmacoterapia?
* Preferências, informação cultural, ético-religiosa e genética que podem influenciar a farmacoterapia
* Descrever o comportamento do paciente relacionado à farmacoterapia

São exemplos de descrição da experiência subjetiva:

“O paciente não apresenta nenhuma expectativa, preocupação ou crenças em relação ao tratamento farmacológico. Compreende bem o motivo de uso e a forma de usar os medicamentos. Adere ao tratamento, usando os medicamentos necessários conforme recomendado”.

Caso o paciente apresente algum problema em dos pilares acima, descrevê-lo, conforme exemplos:

“**O paciente mostra uma expectativa equivocada em relação ao tratamento farmacológico, pois espera a cura da hipertensão, o que pode afetar a adesão ao tratamento.** Não apresenta outra preocupação ou crença em relação ao tratamento farmacológico. Compreende bem o motivo de uso e a forma de usar os medicamentos. Adere ao tratamento, usando os medicamentos necessários conforme recomendado”.

“O paciente não mostra nenhuma expectativa em relação ao tratamento farmacológico. **Entretanto, demonstrou receio de usar medicamento para diabetes, pois tem medo de reações adversas.** Não apresenta crenças em relação ao tratamento farmacológico. Compreende bem o motivo de uso e a forma de usar os medicamentos. Adere ao tratamento, usando os medicamentos necessários conforme recomendado”.

“O paciente não mostra nenhuma expectativa ou preocupação em relação ao tratamento farmacológico. **Entretanto, acredita que todos os medicamentos devem ser tomados com leite para evitar reações adversas. OU Entretanto, apresenta fortes crenças religiosas, acreditando que “a cura vem de Deus”.** Compreende bem o motivo de uso e a forma de usar os medicamentos. Adere ao tratamento, usando os medicamentos necessários conforme recomendado, **mas avaliar o impacto das crenças descritas acima**”.

“O paciente não apresenta nenhuma expectativa, preocupação ou crenças em relação ao tratamento farmacológico. **Não compreende o motivo de uso e/ou a forma de usar os medicamentos; avaliar se a não compreensão afeta a adesão.** Adere ao tratamento, usando os medicamentos necessários conforme recomendado”.

“O paciente não apresenta nenhuma expectativa, preocupação ou crenças em relação ao tratamento farmacológico. Compreende o motivo de uso e/ou a forma de usar os medicamentos. **Não adere ao tratamento, alterando a quantidade e/ou a forma de uso dos medicamentos** ”.

**PARTE 2 - AVALIAÇÃO INICIAL E PLANO DE CUIDADO**

A parte 2 ainda faz parte da avaliação inicial do paciente e deve ser preenchida no primeiro atendimento. Os campos descritos a seguir têm como objetivo permitir que o farmacêutico elabore a história clínica atual e pregressa do paciente, incluindo a sua história medicamentosa pregressa. Optou-se por registrar a história medicamentosa pregressa nesse campo para facilitar o registro da informação e dar coerência à história do paciente, uma vez que durante a entrevista o farmacêutico pode questionar os medicamentos usados e o motivo de uso ou não uso dos mesmos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Usuário | |  | Prontuário: |  |
| **AVALIAÇÃO INICIAL (História clínica e medicamentosa atual e pregressa)**  **PLANO DE CUIDADO** | | | | |
| **Quadro geral** |  | | | |
| **Problema de saúde** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmacoterapia atual** | | | | | |
| **Medicamento e dose** | **Esquema posológico** | **Tempouso** | **Efetividade** | **Segurança** | **Adesão (dificuldade c/ uso)** |
| (Qde/Horário/Alimentação, Modo uso) | Inicio/Alteração | Objetivos/Subjetivos | Objetivos/Subjetivos | Esquecer, tomar na hora, identificar, tomar, abrir/fechar, conseguir |
|  | **1/0/1 - prescrito**  **(1/0/0 - usado)**  **Em jejum** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Objetivo terapêutico** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRM anteriores resolvidos?** | Sim ou não | Descrição | Causa |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRM identificados**  **(anexo 1)** | Descrição | Causa | | | Medicamento |
| **Condutas** |  | | | | |
| **Situação clínica e farmacoterapêutica** |  | | **Data para avaliação de resultados** |  | |
| **Outras condutas** |  | | | | |
|  |

**Quadro geral**

Use esse campo de forma livre para registrar dados subjetivos relativos ao atendimento, como o comportamento do usuário (atenção, interesse, autocuidado).

Use-o também para registrar exames que não são parâmetros de Efetividade (das doenças em acompanhamento), ou de Segurança (dos medicamentos usados), mas são considerados importantes pelo farmacêutico.

Esse campo também pode ser usado na avaliação inicial para registrar dados da história pregressa que não estejam associados aos problemas de saúde descritos na avaliação inicial, por exemplo, história de cirurgias ou de doenças importantes, mas que não são atuais (ex. câncer).

Por fim, esse campo também deve ser usado para registrar as queixas sem diagnóstico que não se relacionam com as doenças crônicas (não são sinais de descontrole dos mesmos), nem com os medicamentos em uso (não são sinais de reações adversas), e nem são situações clínicas que o farmacêutico julga necessário a introdução de uma farmacoterapia. Esses sintomas/sinais descobertos são descobertos por meio da revisão de sistemas (Quadro 1) ou pelo relato livre do paciente. Eles deverão ser investigados detalhadamente pelo farmacêutico (o início, a gravidade, a frequência e duração; a localização, a característica, os fatores que agravam ou aliviam e os sintomas associados.). Esses podem se tornar um problema de saúde, que será descrito em seu respectivo campo, ou pode ser mantido apenas no quadro geral, caso não seja um problema que o farmacêutico deva se responsabilizar.

Quadro 1: Lista para revisão de sistemas (localizado na aba de tabelas informativas no prontuário)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISÃO DE SISTEMAS** | | | | |
| **Sistema Geral** | Perda de apetite | **Geniturinário e Reprodutivo** | Dismenorreia | **Sintomas hematopoiéticos** |
| Alteração de peso | Incontinência urinária | Formação excessiva hematomas |
| Dor | Disfunção erétil | Hemorragia |
| Tontura /vertigem | ↓ do desejo sexual | Anemia |
| Edema | Corrimento vaginal/prurido |  |
| **Olho, Ouvido** | Alterações visuais | Ondas de calor |  |
| **Nariz e Boca** | Diminuição audição | **TGI** | Azia | **Doenças infecciosas** |
| Zumbido no ouvido | Dor abdominal | Tuberculose |
| Epistaxe | Diarreia | HIV/AIDS |
| Rinite alérgica | Náusea | Malária |
| Hemoptise | Constipação | Sífilis |
| Glaucoma | **Urinário** | ↑Frequência urinária | HPV |
| **Cardiovascu- lar** | Dor precordial | ↓Frequência urinária | Gonorréia |
| Dislipidemia | **Músculo-esquelético** | Dor nas costas | Herpes |
| Hipertensão arterial | Artrite reumatóide | **Outras doenças queixas** |
| Infarto do miocárdio | Osteoartrite |  |
| **Pulmonar** | Asma | Tendinites |  |
| Dispnéia | Dor muscular |  |
| Chiado (Sibilância) | **Sistema Nervoso** | Parestesia |  |
| **Sistema Endócrino** | Diabetes | Tremor |  |
| Hipotireoidismo | Perda de equilíbrio |  |
| Sintomas da menopausa | Depressão |  |
| **Pele** | Eczema/psoríase | Tentativa de Suicídio |  |
| Prurido | Ansiedade/nervosismo |  |
| Rash | Perda de memória |  |

**Problema de saúde**

No prontuário, substitua “Problema de Saúde” pelo nome da doença/situação clínica descrita pelo paciente. Use preferencialmente termos técnicos e registre a fala/impressão do paciente apenas se não conseguir obter o diagnóstico real.

Para cada doença crônica descreva de forma aproximada, o ano do diagnóstico, situação clínica no momento em que foi realizado o mesmo, procedimentos médicos realizados, como cirurgias, exames de imagem e procedimentos invasivos; nesses casos, tente identificar aproximadamente o ano em que isso ocorreu.

Para doenças nas quais seja importante o componente familiar verificar a existência entre os seguintes membros da família: mãe, pai, irmãos, avós, filhos e tios.

Registre a história medicamentosa, incluindo o que usou, a resposta, quando alterou e o motivo da alteração. Essa informação é especialmente útil no planejamento de novas intervenções.

Para pacientes que possuem hipertensão, diabetes, dislipidemia ou tabagistas, fazer a estratificação de risco de evento cardiovascular, de acordo com o Escore Global de Risco (Anexo X)

A farmacoterapia do paciente deve ser agrupada e organizada por problema de saúde/situação clínica tratada.

**Medicamento e dose:**

Registre o nome do princípio ativo, a forma farmacêutica e a unidade posológica, mg ou mcg para sólidos ou mg/mL ou % para líquidos ou semi sólidos.

Se o paciente citar o nome comercial, registrar o símbolo ® e posteriormente buscar o nome do princípio ativo.

Inclua os medicamentos prescritos, os de venda livre, homeopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais.

**Esquema posológico**

Registre a forma como o paciente descreve o uso do medicamento, o número de unidades posológicas usadas pelo paciente, o horário de uso e a via de administração (VO, IV, tópico). Se desejar use o esquema de barras, conforme exemplo

* 1/0/0: 1 unidade posológica pela manhã
* 1/0/1: uma unidade posológica pela manhã e outra a noite
* 1/1/1: uma unidade posológica pela manhã, outra a tarde e outra a noite
* 1/1/1/1: 1 unidade posológica a cada 6 horas.

Se pertinente, a relação com a refeição (considere jejum 1 hora antes ou 2 horas depois); caso não saiba o uso correto do medicamento essa informação é imprescindível para avaliação posterior.

Compare o uso do medicamento com a prescrição do mesmo; se houver divergência, registre a posologia prescrita entre parênteses após a posologia descrita pelo paciente. **Pensar em como fazer isso no programa.**

Caso o medicamento não seja prescrito, indique a posologia usada conforme orientação acima e indique entre parênteses que se trata de automedicação. **Pensar em como fazer isso no programa.**

Descreva nesse campo todas as informações que julgar relevantes e que se referem a forma de uso do medicamento. **Pensar em como fazer isso no programa.**

Em casos agudos anotar também a duração do tratamento. Para medicamentos de uso SN, anotar a posologia usada pelo paciente quando faz uso e o número aproximado de doses que faz uso por semana. **Pensar em como fazer isso no programa.**

**Tempo uso**

Registre um tempo aproximado; essa informação é importante para definir se a alternativa está sendo efetiva ou não ou se existe a associação entre uma queixa com o medicamento, caracterizando um possível problema de segurança.

Se houve alteração na dose do medicamento ou na forma de uso, atualize a data em que isso ocorrer nos retornos posteriores. É importante para o farmacêutico saber quando ocorreu a alteração na posologia/forma de uso para reavaliar a efetividade do tratamento.

**Efetividade**

Para avaliar a efetividade da perspectiva profissional, use os parâmetros de monitorização subjetivos (sinais/sintomas) ou objetivos.

**Segurança**

Verifique se paciente se ele apresenta alguma reação negativa (sinal/sintoma) com o uso do medicamento, ou seja, algum tipo de reação adversa e registrar a resposta; trata-se de um parâmetro subjetivo de segurança.

Se o paciente relatar sinais/sintomas de reações adversas, cite-os nos campos segurança e use o campo problema de saúde para descrevê-los em detalhes (o medicamento envolvido, a data, mesmo que aproximada da ocorrência do evento, o tempo de duração e do desfecho da mesma).

Registre os parâmetros objetivos disponíveis (resultados de exames). Preencha o resultado do exame, a data em que foram realizados e os valores de referência do exame, pois esses variam de acordo com a técnica de realização do mesmo.

Se não houver parâmetros disponíveis, registrar que os mesmos não estão disponíveis por meio da sigla (ND – não disponível).

**Adesão**

Registre nesse campo as informações referentes às dificuldades que o usuário apresenta para usar o medicamento. Para isso pergunte:

“Você tem dificuldade em usar esse medicamento? Como por exemplo vc costuma esquecer de tomar, ou de tomar na hora indicada?

Tem dificuldade para ler o que está escrito ou de abrir ou fechar os potes dos medicamentos?

Te incomoda usar tantos comprimidos de uma vez?”

“Você tem dificuldade de conseguir esse medicamento?” Caso positivo, registrar o motivo.

Essas perguntas podem ser feitas por grupo de medicamentos usados para determinada condição, para agilizar a entrevista e não torná-la cansativa e repetitiva para o paciente. Registrar da seguinte maneira:

* Não relatou nenhuma dificuldade em usar o medicamento
* Relatou esquecer de usar (quantas vezes por semana)
* Relatou dificuldade para tomar na hora certa
* Relatou/foi percebido dificuldade para identificar med
* Relatou dificuldade para tomar (engolir, usar a forma farmacêutica, outra)
* Relatou dificuldade em abrir/fechar a embalagem
* Relatou dificuldade em conseguir o med (na UBS ou de comprar)
* Outra dificuldade

O plano de cuidado consiste no conjunto de ações pactuadas com o paciente ao final da consulta, bem como a definição das metas terapêuticas a serem atingidas (MS, 2014). Esse deve ser feito para cada condição clínica manejada com medicamentos, independente da ocorrência de PRM.

**Objetivo terapêutico**

São estabelecidos para cada indicação de medicamento ou para cada problema de saúde e devem ser descritos em termos de parâmetros clínicos observáveis ou mensuráveis.

**PRM identificados**

Nesta fase, após coletar as informações sobre o paciente, seus problemas de saúde e seus medicamentos, o profissional vai utilizar o seu raciocínio clínico para determinar se o paciente apresenta problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). Esse trabalho cognitivo do farmacêutico é chamado de “Pharmacotherapy workup”. Esta é uma maneira disciplinada e sistemática de avaliar a farmacoterapia, além de organizar as decisões que devem ser tomadas para beneficiar o paciente. Este processo cognitivo deve ser utilizado com todos os pacientes, com todos os tipos de problemas de saúde e com todos os medicamentos em uso, que devem ser avaliados na seguinte ordem:

1. O medicamento é indicado para o paciente?

2. O produto farmacêutico é efetivo?

3. O medicamento é seguro?

4. O paciente está aderindo ao tratamento?

Descreva por extenso o PRM e a sua causa (ANEXO 1). Escolha clicando na seta as opções descrição e causa. Escreva o nome do medicamento associado ao PRM.

Se houver mais de um PRM, adicione uma linha abaixo.

**Condutas**

Use esse campo para registrar apenas as condutas implantadas para a resolução dos PRM identificados. Deve ser descrito de forma completa para adequado entendimento.

Se houver mais de um PRM, então provavelmente irá existir mais de uma conduta.

**Situação clínica e farmacoterapêutica**

A partir da primeira avaliação é possível definir se houve progresso ou não no estado de saúde do paciente em direção aos objetivos terapêuticos traçados. Trata-se do principal indicador para avaliar a efetividade da prática da atenção farmacêutica, permitindo que o profissional conheça os resultados de suas intervenções (Anexo 4).

**Data para avaliação dos resultados**

Esse campo também auxilia a planejar a data para reavaliar a situação, pois indica o tempo necessário para que intervenção proposta surta o efeito desejado. É essencial para que o farmacêutico e o usuário saibam quando esperar a resposta desejada. Descreva esse tempo em dias, meses ou anos.

**Outras condutas**

São intervenções que não visam diretamente resolver o PRM, mas que são importantes do ponto de vista do cuidado. Incluem medidas não farmacológicas, orientações sobre a doença, orientações sobre a necessidade de monitorização, encaminhamento para outros profissionais, encaminhamento para grupos operativos, dentre outras (ANEXO 3).

Repita o mesmo procedimento para todos os problemas de saúde/situações clínicas descritas pelo paciente.

**Término da consulta, Duração da consulta, Retorno, Assinatura e carimbo do profissional**

Ao término da consulta não se esqueça de anotar a hora em que isso ocorreu. Trata-se de um dado importante para a gestão da prática, e que portanto deve ser registrado pelos farmacêuticos para que possa subsidiar melhorias no serviço de GTM. Posteriormente calcule a duração da consulta.

**PARTE 3 - RETORNOS (AVALIAÇÃO DE RESULTADOS)**

Será criada uma nova aba na planilha para cada retorno do paciente ao serviço.

No campo Problema de saúde, descreva as alterações que ocorreram para cada problema de saúde em questão. Mas lembre-se que o objetivo agora, para a maioria dos problemas, é atualizar as informações e não mais obter uma história clínica detalhada.

Da mesma maneira, registre as mudanças na farmacoterapia seguindo as instruções anteriores. Medicamentos suspensos devem ser mantidos nessa avaliação, com a data e o motivo da suspensão. A partir dos próximos retornos não é necessário mais lançar esse tipo de medicamento. Medicamentos acrescentados seguirão o padrão normal de registro, assim como os mantidos.

Atualize os novos parâmetros de monitorização da efetividade e da segurança dos medicamentos listados, no sentido de permitir a reavaliação do paciente em relação ao surgimento de novos PRM e a reavaliação da situação clínica e farmacoterapêutica.

No primeiro campo, devem ser registrados os PRM identificados na avaliação anterior (inicial ou último retorno). Em sua frente deve ser registrada a seguinte situação:

* Sim
* Não

Caso o PRM não tenha sido resolvido, as novas condutas no sentido de tentar resolvê-lo devem ser descritas no campo Condutas, juntamente com as condutas para resolver novos PRM/PRF, caso tenham sido identificados

Anexo 1 - PROBLEMAS RELACIONADOS A FARMACOTERAPIA – MÉTODO PWDT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição | CÓDIGO | CAUSA |
| INDICAÇÃO  Tratamento farmacológico desnecessário | 1 | Ausência de indicação clínica |
| Uso de múltiplos med quando apenas um resolveria |
| Terapia não medicamentosa mais apropriada |
| Tratamento de reação que poderia ter sido prevenida |
| Uso recreacional |
| INDICAÇÃO  Necessita de medicamento | 2 | Transtorno não tratado |
| Tratamento profilático para reduzir o risco de outros problemas |
| Tratamento adicional para obter efeito sinérgico ou adicional |
| **EFETIVIDADE**  Fármaco inefetivo | 3 | Existência de um medicamento mais efetivo |
| Medicamento não efetivo para a condição(Transtorno refratário) |
| A forma farmacêutica/produto é inadequada |
| Presença de contra indicação |
| **EFETIVIDADE**  Posologia muito baixa | 4 | Dose não efetiva |
| Frequência de administração inadequada (intervalo maior) |
| Interação medicamentosa reduz quantidade de fármaco |
| Duração do tratamento menor que o necessário |
| Armazenamento incorreto do produto |
| Administração incorreta |
| **SEGURANÇA**  Reação adversa ao medicamento | 5 | Efeito indesejável não é relacionado com a dose |
| Existe medicamento mais seguro devido a fatores de risco |
| Medicamento contra indicado devido a fatores de risco |
| Interação causa reação que não é dose relacionada |
| Regime posológico iniciado/alterado muito rápido |
| Reação alérgica ao medicamento |
| **SEGURANÇA** Posologia muito alta | 6 | Dose alta |
| Frequência de administração inadequada (intervalo menor) |
| Duração do tratamento maior que o necessário |
| A interação causa uma reação dose relacionada |
| Administração muito rápida |
| CONVENIÊNCIA Não adesão | 7 | O paciente não compreendeu as instruções |
| O paciente prefere não utilizar |
| O paciente esquece de utilizar |
| Impossibilidade de deglutição ou administração |
| O medicamento é muito caro para o paciente |
| O produto não está disponível para o paciente |

**ANEXO 2 -** **POSSÍVEIS CONDUTAS PARA A RESOLUÇÃO DE PRM**

|  |
| --- |
| **ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA** |
| Início de novo medicamento  Suspensão de medicamento  Substituição de medicamento  Alteração de forma farmacêutica  Alteração de via de administração  Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária  Aumento da dose diária  Redução de dose diária  Fornecer lembrete com horários dos medicamentos  Remover barreiras do paciente para adesão ao tratamento  Outro |

**ANEXO 3 - OUTRAS CONDUTAS PARA O MANEJO DA DOENÇA/SITUAÇÃO CLÍNICA**

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO** |
| Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica  Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral  Outro aconselhamento não especificado |
| **MONITORAMENTO** |
| Recomendação de exame laboratorial/monitoramento não laboratorial  Recomendação de automonitoramento  Outras recomendações de monitoramento não especificadas |
| **ENCAMINHAMENTO** |
| Encaminhamento a outro serviço farmacêutico  Encaminhamento ao médico (com outros objetivos que não alterar a farmacoterapia)  Encaminhamento ao psicólogo  Encaminhamento ao nutricionista  Encaminhamento a serviço de suporte social  Encaminhamento ao pronto-atendimento  Outros encaminhamentos não especificados |

**ANEXO 4 – SITUAÇÃO CLÍNICA E FARMACOTERAPÊUTICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Estado de saúde do paciente** | |
| **Inicial** | Objetivos estabelecidos; início de nova farmacoterapia |
| **Resolvido** | Objetivos alcançados, término da farmacoterapia (para doenças agudas). |
| **Estável** | Objetivos alcançados, manutenção da farmacoterapia (para doenças crônicas). |
| **Melhora** | Progresso adequado, MANUTENÇÃO da farmacoterapia (tempo insuficiente para fazer efeito, mas com melhora) |
| **Melhora parcial** | Progresso adequado, mas são necessários AJUSTES na farmacoterapia para alcançar os objetivos terapêuticos |
| **Sem melhora** | Sem progresso evidenciado até o momento, mas deve-se MANTER a mesma farmacoterapia para tentar obter um efeito melhor (tempo insuficiente para fazer efeito) |
| **Piora** | Piora da saúde enquanto recebia a farmacoterapia; são necessários AJUSTES na farmacoterapia |
| **Falha** | Objetivos não alcançados apesar do uso de doses adequadas e pelo tempo adequado. É necessário DESCONTINUAR a farmacoterapia atual e iniciar farmacoterapia diferente |
| **Morte** | Paciente faleceu durante o acompanhamento |
| **Não é possível avaliar** | O paciente não possui nenhum dado que permita a avaliação, mesmo após um segundo atendimento |