

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA FARMACÊUTICA

BETTER HEARTS
BETTER CITIES
Cuidando do seu coração



Cadastro do paciente

Número do prontuário: _____

Nome: _____

Indicações

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polifarmácia | <input type="checkbox"/> Acompanhamento em mais de um serviço |
| <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Interações / reações adversas | |

Dificuldade de adesão ao tratamento

- ☐ Confusão ou esquecimento
- ☐ Regime complexo de doses
- ☐ Analfabeto, deficiência visual e/ou auditiva
- ☐ Dificuldade de acesso ao medicamento
- ☐ Dificuldade na administração e/ou deglutição



Lembre de levar seus remédios, prescrição médica e resultado de exames anteriores (se tiver).

Assinatura do Profissional + Carimbo



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA FARMACÊUTICA

BETTER HEARTS
BETTER CITIES
Cuidando do seu coração



Cadastro do paciente

Número do prontuário: _____

Nome: _____

Indicações

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polifarmácia | <input type="checkbox"/> Acompanhamento em mais de um serviço |
| <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Interações / reações adversas | |

Dificuldade de adesão ao tratamento

- ☐ Confusão ou esquecimento
- ☐ Regime complexo de doses
- ☐ Analfabeto, deficiência visual e/ou auditiva
- ☐ Dificuldade de acesso ao medicamento
- ☐ Dificuldade na administração e/ou deglutição



Lembre de levar seus remédios, prescrição médica e resultado de exames anteriores (se tiver).

Assinatura do Profissional + Carimbo



FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA FARMACÊUTICA

BETTER HEARTS
BETTER CITIES
Cuidando do seu coração



Cadastro do paciente

Número do prontuário: _____

Nome: _____

Indicações

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polifarmácia | <input type="checkbox"/> Acompanhamento em mais de um serviço |
| <input type="checkbox"/> HAS | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> DM | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Interações / reações adversas | |

Dificuldade de adesão ao tratamento

- ☐ Confusão ou esquecimento
- ☐ Regime complexo de doses
- ☐ Analfabeto, deficiência visual e/ou auditiva
- ☐ Dificuldade de acesso ao medicamento
- ☐ Dificuldade na administração e/ou deglutição



Lembre de levar seus remédios, prescrição médica e resultado de exames anteriores (se tiver).

Assinatura do Profissional + Carimbo

