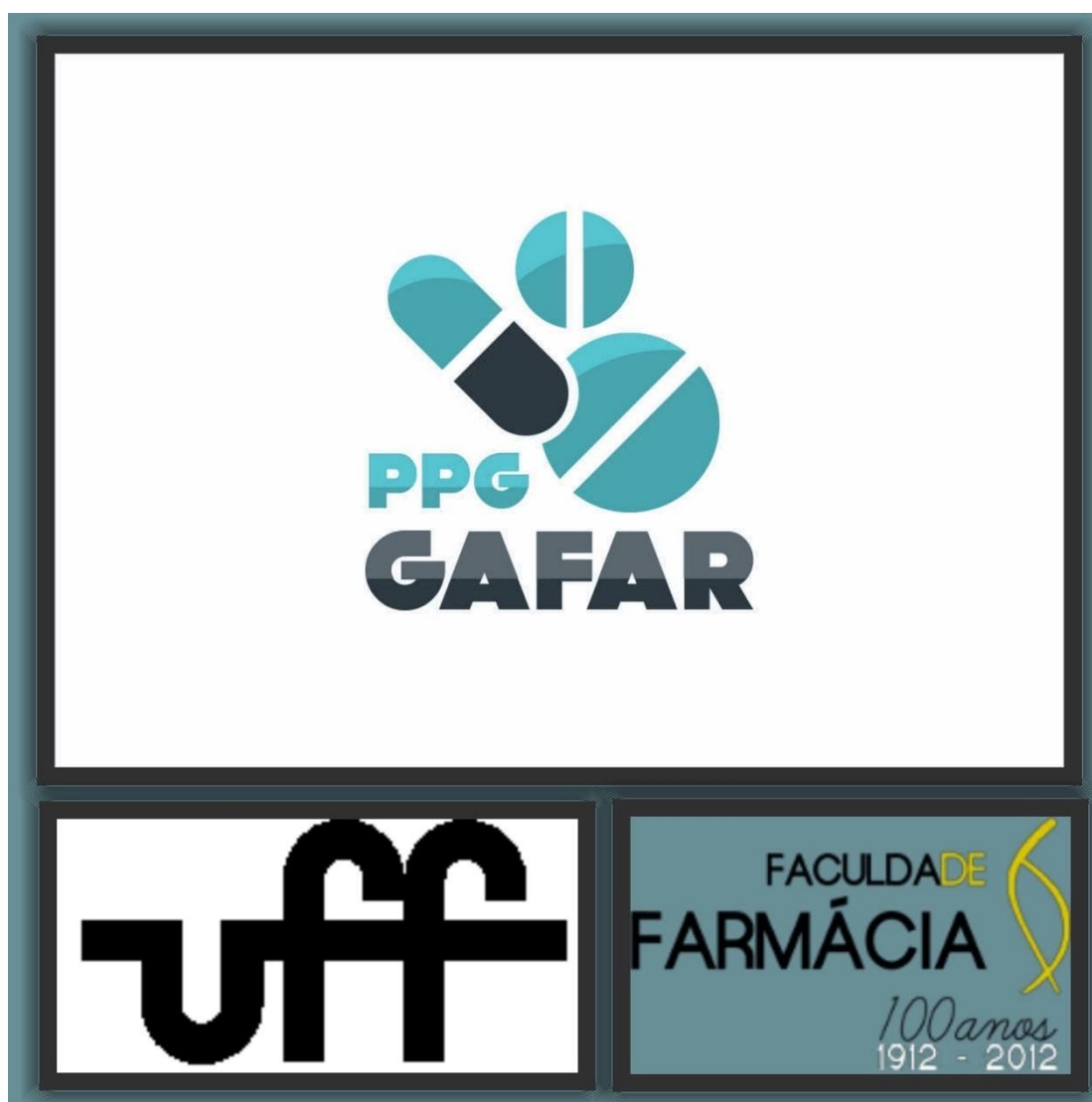


ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Ferramentas

INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR FARMACÊUTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Thais Mendes Luquetti, Jonas Bastos dos Santos, Sabrina Calil Elias & Selma Rodrigues de Castilho



Fevereiro, 2018.

Apresentação

O instrumento intitulado “INSTRUMENTO DE VISITA DOMICILIAR FARMACÊUTICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”. Esse produto foi desenvolvido no âmbito do projeto de pesquisa Farmácia Clínica, vinculado ao Programa de Pós-graduação em administração e gestão da assistência farmacêutica (PPG-GAFAR) da Universidade Federal Fluminense.

O produto tem a finalidade de orientar a visita domiciliar farmacêutica na estratégia de saúde da família. Esse instrumento promove auxílio e padronização da consulta farmacêutica durante a visita domiciliar e foi desenvolvido com base na experiência de farmacêuticos atuantes na área. Posteriormente foi realizada a avaliação do instrumento por farmacêuticos que utilizaram a ferramenta durante a visita domiciliar no município do Rio de Janeiro - RJ. Os referidos profissionais consideraram o instrumento adequado, claro, efetivo, preciso e exequível para utilização na prática de visita domiciliar.

Produção Científica relacionada:

LUQUETTI, T. M. ; SANTOS, J. B. ; BITENCOURT, G. R. ; CASTILHO, SELMA RODRIGUES DE ; **CALIL-ELIAS, S.**. Serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde: Percepção dos farmacêuticos. *DIVERSITATES*, v. 9, p. 27-43, 2017.

SANTOS, J. B. ; LUQUETTI, T. M. ; CASTILHO, SELMA RODRIGUES DE ; **CALIL-ELIAS, S.** Cuidado Farmacêutico Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família. *PHYSIS*, v. 30, n. 3, 2020.

FORMULÁRIO DE VISITA DOMICILIAR FARMACÊUTICA

DADOS PRÉ-VISITA DOMICILIAR			
PERFIL DO PACIENTE			
Unidade de Saúde:			Data:
Nome do paciente:			
Data de nascimento:		Idade:	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Peso:	Altura:	IMC:	
Endereço:		Equipe:	
Telefone:		Enf:	
		Médico:	
		ACS:	
Motivo da Visita:			
Demanda da Visita: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico enfermagem <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> Outros			
Comorbidades:		Exames laboratoriais: <input type="checkbox"/> Sim Quais? <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 ou 2 <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas <input type="checkbox"/> ASMA		Data realização:	
<input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Outras			

FARMACOTERAPIA ATUAL				
Princípio Ativo/Concentração	Posologia prescrita	Posologia utilizada de acordo com a prescrita	Acesso	Observações
1.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
2.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
3.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
4.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
5.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
6.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
7.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	
8.		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> F privada <input type="checkbox"/> F Popular <input type="checkbox"/> Sem Acesso	

9.		() Sim () Não	() ESF () F Popular	() F privada () Sem Acesso	
Paciente consegue entender objetivo do tratamento medicamentoso? () Sim () Não					
Terapias Alternativas/ Complementares? () Sim () Não Quais? Ex: (acupuntura, homeopatia, remédios caseiros)					
DESENVOLVIMENTO DA VISITA DOMICILIAR					
HISTÓRIA SOCIAL					
Bebidas alcoólicas: () Não () História anterior de uso () Sim. Qual(is)					
Frequência de uso: () Diariamente () Final de semana () Raramente					
Tabaco (cigarro, charuto, narguilé): () Não () História anterior de uso () Sim					
Qual(is)? Quantidade /dia					
Alergias: () Alimento () Medicamento () Outros Especificar:					
Exercício físico: () Não () Sim. Tipo de atividade: Frequência:					
Sente algum incômodo? () Sim () Não Qual?					
Rotinas (horários e observações importantes)					
Restrições: Consumo de água e alimentos:					
Condições de moradia:					
Com quem mora?					
Cuidador: () Sim () Não Quem?					
Mobilidade: () Normal () Deficiente () Restrito ao leito () Acamado					
Locais de armazenamento dos medicamentos: () Cozinha () Quarto () Banheiro () Sala () Outros					
Escolaridade: () Analfabeto () Semi-analfabeto () Ensino Fundamental () Ensino médio () Ensino superior Ocupação:					

Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir

QUEIXAS/SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE	
() Dor (cabeça, muscular, abdominal, etc)	() Tontura / Desequilíbrio
() Coceira / Urticária	() Incontinência / Problema urinário
() Problemas de sono	() Insônia
() Problema gastrointestinal	() Fadiga / Cansaço
() Náusea/Vômito	() Mudança no humor
() Constipação	() Diarreia
() Dispneia	() Tristeza
() Tosse	() Ansiedade
() PRM's	() Febre
() Outros	

Detalhar:

ANÁLISES E REGISTROS PÓS VISITA

PROBLEMAS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS

PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado | <input type="checkbox"/> Interação medicamento – medicamento (|
| <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida |) Interação medicamento-alimento |
| <input type="checkbox"/> Prescrição em subdose | <input type="checkbox"/> Condição clínica sem tratamento |
| <input type="checkbox"/> Prescrição em sobredose | <input type="checkbox"/> Necessidade de medicamento adicional |
| <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração prescrita inadequada | <input type="checkbox"/> Disponibilidade de alternativa mais custo-efetiva (|
| <input type="checkbox"/> Frequência ou horários de administração prescritos inadequados |) Outros problemas de seleção e prescrição |
| <input type="checkbox"/> Duração do tratamento prescrita inadequada | |

ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente | <input type="checkbox"/> Continuação indevida do medicamento pelo paciente (|
| <input type="checkbox"/> Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente |) Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente |
| <input type="checkbox"/> Técnica de administração do paciente incorreta | <input type="checkbox"/> Paciente não iniciou o tratamento |
| <input type="checkbox"/> Forma farmacêutica ou via de administração incorreta | <input type="checkbox"/> Uso abusivo do medicamento |
| <input type="checkbox"/> Posologia incorreta | <input type="checkbox"/> Automedicação indevida |
| <input type="checkbox"/> Dose incorreta | |
| <input type="checkbox"/> Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta | |
| <input type="checkbox"/> Outros problemas de administração ou adesão | |

ERRO DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dispensação de medicamento incorreto | <input type="checkbox"/> Dispensação de forma farmacêutica incorreta |
| <input type="checkbox"/> Dispensação de dose incorreta | <input type="checkbox"/> Medicamento em falta no estoque (não dispensado) |
| <input type="checkbox"/> Dispensação de quantidade incorreta | <input type="checkbox"/> Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados |

PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO

- Desvio de qualidade aparente (
-) Uso de medicamento vencido (
- Armazenamento incorreto
- Outros problemas relacionados à qualidade

MONITORAMENTO

- Necessidade de monitoramento laboratorial

(
)
N
e
c
e
s
s
i
d
a
d
e
d
e
m
o
n
i
t
o
r
a
m
e
n
t
o
n
ã
o
l
a
b

o
r
a
t
o
r
i
a
l
(
)
N
e
c
e
s
s
i
d
a
d
e
d
e
a
u
t
o
m
o
n
i
t
o
r
a
m
e
n
t
o

TRATAMENTO NÃO EFETIVO

(
)
T
r
a
t
a
m
e
n
t
o
n
ã
o
e
f
e
t
i
v
o
c
o
m
c
a
u
s
a
i

d
e
n
t
i
f
i
c
a
d
a
(
)
T
r
a
t
a
m
e
n
t
o
n
ã
o
e
f
e
t
i
v
o
s
e
m
c
a
u
s
a
d
e
f
i
n
i
d
a

REAÇÃO ADVERSA A MEDICAMENTO

() Reação adversa dose-dependente	() Reação retardada
() Reação alérgica ou idiossincrática	/Teratogênese
() Reação por exposição crônica ao medicamento	() E f e i t o s d e d e s c o n t i

n
u
a
ç
ã
o
d
e
u
m
m
e
d
i
c
a
m
e
n
t
o
(
)
R
e
a
ç
ã
o
a
d
v
e
r
s
a
n
ã
o
e
s
p
e
c
i
f
i
c
a
d
a

INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS

- Overdose / Intoxicação medicamentosa accidental
- Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional

Nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento

INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO	DETALHAMENTO
<input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre o tratamento (Posologia, dose, administração, RAM's, etc) <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre auto monitoramento <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre acesso aos medicamentos <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre armazenamento dos medicamentos <input type="checkbox"/> Outro aconselhamento	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA	
<input type="checkbox"/> Início de novo medicamento <input type="checkbox"/> Suspensão de medicamento <input type="checkbox"/> Substituição de medicamento <input type="checkbox"/> Alteração na posologia <input type="checkbox"/> Aumento da dose diária	<input type="checkbox"/> Alteração de forma farmacêutica <input type="checkbox"/> Alteração de via de administração <input type="checkbox"/> Redução de dose diária <input type="checkbox"/> Alteração horário de administração <input type="checkbox"/> Outras alterações na terapia
MONITORAMENTO	
<input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de monitoramento não laboratorial <input type="checkbox"/> Recomendação de auto monitoramento <input type="checkbox"/> Outras recomendações de monitoramento	
ENCAMINHAMENTO	
<input type="checkbox"/> Encaminhamento a outro serviço farmacêutico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao médico <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao enfermeiro <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao psicólogo <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao nutricionista	<input type="checkbox"/> Encaminhamento ao fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Encaminhamento a serviço social <input type="checkbox"/> Encaminhamento a programa de educação estruturada <input type="checkbox"/> Encaminhamento ao pronto-atendimento <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos não especificados
PROVISÃO DE MATERIAIS	
<input type="checkbox"/> Lista ou Calendário posológico de medicamentos <input type="checkbox"/> Informe terapêutico/ carta ao médico ou outros profissionais <input type="checkbox"/> Material educativo impresso / Panfleto <input type="checkbox"/> Informação científica impressa	<input type="checkbox"/> Diário para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Organizador de comprimidos ou dispositivo para auxiliar na adesão ao tratamento <input type="checkbox"/> Dispositivo para auto monitoramento <input type="checkbox"/> Provisão de materiais não especificados
<input type="checkbox"/> Nenhuma intervenção realizada neste momento	