

ANAMNESE FARMACÊUTICA

Data ____/____/____

CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

1. Dados Pessoais

Nome: _____ Sexo: () Feminino () Masculino
Idade: _____ Naturalidade: _____ N° de filhos: _____
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros
Ocupação: _____ Grau de escolaridade: _____
Endereço: _____ CEP: _____-_____
Telefone Res: _____ Telefone Rec: _____ Celular: _____

2. Hábitos

Pressão Arterial: _____ X _____ Peso: _____ Estatura: _____
Quais refeições realizam: () Café da manhã () Almoço () Lanche () Jantar
Cite alimentos que costuma ingerir: _____
Prática atividade física? () Sim () Não _____
Sono: _____ horas por dia () Tranquilo () Interrupções: _____
Tabagismo (Fuma): () Sim () Não Etilismo (Álcool): () Sim () Não

3. Terapia Medicamentosa

Apresenta algum problema de saúde? Qual? () Sim () Não _____
Histórico familiar de doenças / Parentesco: () Sim () Não _____
Tem reação alérgica a algum medicamento? Qual? () Sim () Não _____
Faz uso de alguma medicação? () Sim () Não _____
Automedicação: () Sim () Não Há quanto tempo usa tais medicações? _____
Conhece a medicação que utiliza e sua indicação? () Sim () Não _____
Explique como costuma tomar as medicações em uso: _____

4. Preencha o quadro abaixo:

Medicação Utilizada	Concentração (mg)	Dosagem Diária	Genérico, Similar ou Referência?	Qual Laboratório?	Horário

5. Orientações e encaminhamentos, observação.

Exames Laboratoriais: _____
Convênio: _____

Que cuidados devem-se ter durante o tratamento medicamentoso? _____

Que alimentos e medicações devem ser evitados durante o tratamento? _____

ANAMNESE FARMACÊUTICA**Dados pessoais**

Nº do prontuário: _____ Acadêmico Clínico: _____

E-mail do Acadêmico Clínico: _____

1. Acompanhamento da Pressão Arterial*Pressão arterial*

Data: __/__/__ - 1º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 2º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 3º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 4º atendimento _____ X _____
Data: __/__/__ - 5º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 6º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 7º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 8º atendimento _____ X _____

2. Acompanhamento dos Níveis de Glicose*Níveis de glicose*

Data: __/__/__ - 1º atendimento _____	Data: __/__/__ - 2º atendimento _____	Data: __/__/__ - 3º atendimento _____	Data: __/__/__ - 4º atendimento _____
Data: __/__/__ - 5º atendimento _____	Data: __/__/__ - 6º atendimento _____	Data: __/__/__ - 7º atendimento _____	Data: __/__/__ - 8º atendimento _____

3. Acompanhamento do Peso*Peso*

Data: __/__/__ - 1º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 2º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 3º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 4º atendimento _____ X _____
Data: __/__/__ - 5º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 6º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 7º atendimento _____ X _____	Data: __/__/__ - 8º atendimento _____ X _____

4. Acompanhamento da Altura*Altura*

Data: __/__/__ - 1º atendimento _____	Data: __/__/__ - 2º atendimento _____	Data: __/__/__ - 3º atendimento _____	Data: __/__/__ - 4º atendimento _____
Data: __/__/__ - 5º atendimento _____	Data: __/__/__ - 6º atendimento _____	Data: __/__/__ - 7º atendimento _____	Data: __/__/__ - 8º atendimento _____

5. Acompanhamento do Índice de massa corporal*Índice de massa corporal*

Data: __/__/__ - 1º atendimento _____	Data: __/__/__ - 2º atendimento _____	Data: __/__/__ - 3º atendimento _____	Data: __/__/__ - 4º atendimento _____
Data: __/__/__ - 5º atendimento _____	Data: __/__/__ - 6º atendimento _____	Data: __/__/__ - 7º atendimento _____	Data: __/__/__ - 8º atendimento _____

Obs.: _____

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou discente do curso de farmácia, na Universidade Camilo Castelo Branco (Unicastelo); e, pretendo realizar atividades na área da Atenção Farmacêutica.

Com a finalidade de assegurar a eficácia dos medicamentos utilizados bem como sua prevenção e promoção de sua saúde. Porém, a realização deste trabalho só será possível com a sua colaboração. Assim, solicito sua autorização ou de seu responsável, para realizar entrevistas gravadas e também fazer algumas fotografias suas e, após a condução do mesmo apresentar em eventos científicos, publicar em revistas científicas e no Site do **COFARMA**.

Informo-lhe que esta atividade não lhe trará nenhum risco. Comprometendo-me ainda lhe informar quanto a avaliação e os resultados do referido projeto.

Com relação a sua participação, me comprometo em manter o seu nome em sigilo, bem como os dados confidenciais a serem apresentados e também aceito a livre decisão do senhor(a) de aceitar a participar ou não do estudo, respeitando o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer prejuízo, como também estou a disposição para qualquer esclarecimento.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, o que tornará possível a realização.

Participante do estudo

RG: _____

Acadêmico Clínico

RG: _____

RA: _____

Prof^a. Samira Fátima Derneka
Responsável Consultório Farmacêutico
CRF 18.376 SP