

Hoja de intervención

Resultados Negativos asociados a la Medicación

| Identificación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------|---|---|--|--|--|-------------------------------------|---|--|---|--|--|---|--|--------------------------------|
| Fecha: | RNM: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasificación RNM (Marcar uno)</th> <th>Situación del PS (Marcar uno)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problema de Salud no tratado</td> <td><input type="checkbox"/> Problema manifestado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Efecto de medicamento innecesario</td> <td><input type="checkbox"/> Riesgo de aparición</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inefectividad no cuantitativa</td> <td rowspan="4">Medición inicial:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inefectividad cuantitativa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inseguridad no cuantitativa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inseguridad cuantitativa</td> </tr> </tbody> </table> | | Clasificación RNM (Marcar uno) | Situación del PS (Marcar uno) | <input type="checkbox"/> Problema de Salud no tratado | <input type="checkbox"/> Problema manifestado | <input type="checkbox"/> Efecto de medicamento innecesario | <input type="checkbox"/> Riesgo de aparición | <input type="checkbox"/> Inefectividad no cuantitativa | Medición inicial: | <input type="checkbox"/> Inefectividad cuantitativa | <input type="checkbox"/> Inseguridad no cuantitativa | <input type="checkbox"/> Inseguridad cuantitativa | | | | | |
| Clasificación RNM (Marcar uno) | Situación del PS (Marcar uno) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Problema de Salud no tratado | <input type="checkbox"/> Problema manifestado | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Efecto de medicamento innecesario | <input type="checkbox"/> Riesgo de aparición | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inefectividad no cuantitativa | Medición inicial: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inefectividad cuantitativa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad no cuantitativa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inseguridad cuantitativa | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Medicamento (s) implicado (s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Código</td> <td>Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | | Medicamento (s) implicado (s) | | Código | Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica | | | | | | | | | | | | |
| Medicamento (s) implicado (s) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código | Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Administración errónea del medicamento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Características personales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Conservación inadecuada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Contraindicación</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dosis, pauta y/o duración no adecuada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Duplicidad</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Errores en la dispensación</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Errores en la prescripción</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Incumplimiento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Interacciones</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otros problemas de salud que afectan al tratamiento</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Probabilidad de efectos adversos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Problema de salud insuficientemente tratado</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Otros</td></tr> </tbody> </table> | | Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas) | | <input type="checkbox"/> Administración errónea del medicamento | <input type="checkbox"/> Características personales | <input type="checkbox"/> Conservación inadecuada | <input type="checkbox"/> Contraindicación | <input type="checkbox"/> Dosis, pauta y/o duración no adecuada | <input type="checkbox"/> Duplicidad | <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación | <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción | <input type="checkbox"/> Incumplimiento | <input type="checkbox"/> Interacciones | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud que afectan al tratamiento | <input type="checkbox"/> Probabilidad de efectos adversos | <input type="checkbox"/> Problema de salud insuficientemente tratado | <input type="checkbox"/> Otros |
| Causa: identificación del PRM (seleccionar cuantas considere oportunas) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Administración errónea del medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Características personales | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Conservación inadecuada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Contraindicación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dosis, pauta y/o duración no adecuada | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Duplicidad | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Errores en la dispensación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Errores en la prescripción | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Incumplimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Interacciones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud que afectan al tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Probabilidad de efectos adversos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Problema de salud insuficientemente tratado | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Acción | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|---|--|--|---|---|--|--|---|--|--|--|
| Fecha: | Objetivo: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Que se pretende hacer para resolver el problema</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Modificar la dosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Modificar la dosificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Modificar la pauta (redistribución de la cantidad)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Intervenir sobre la estrategia farmacológica</td> <td><input type="checkbox"/> Añadir un medicamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Retirar un medicamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sustituir un medicamento</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Intervenir sobre la educación del paciente</td> <td><input type="checkbox"/> Forma de uso y administración del medicamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Educar en medidas no farmacológicas</td> </tr> <tr> <td> </td> <td><input type="checkbox"/> No esta clara</td> </tr> </tbody> </table> | | Que se pretende hacer para resolver el problema | | Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos | <input type="checkbox"/> Modificar la dosis | <input type="checkbox"/> Modificar la dosificación | <input type="checkbox"/> Modificar la pauta (redistribución de la cantidad) | Intervenir sobre la estrategia farmacológica | <input type="checkbox"/> Añadir un medicamento | <input type="checkbox"/> Retirar un medicamento | <input type="checkbox"/> Sustituir un medicamento | Intervenir sobre la educación del paciente | <input type="checkbox"/> Forma de uso y administración del medicamento | <input type="checkbox"/> Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente) | <input type="checkbox"/> Educar en medidas no farmacológicas | | <input type="checkbox"/> No esta clara |
| Que se pretende hacer para resolver el problema | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenir sobre la cantidad de los medicamentos | <input type="checkbox"/> Modificar la dosis | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Modificar la dosificación | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Modificar la pauta (redistribución de la cantidad) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenir sobre la estrategia farmacológica | <input type="checkbox"/> Añadir un medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Retirar un medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Sustituir un medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intervenir sobre la educación del paciente | <input type="checkbox"/> Forma de uso y administración del medicamento | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Aumentar la adhesión al tratamiento (actitud del paciente) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Educar en medidas no farmacológicas | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> No esta clara | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Vía de comunicación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbal con el paciente</td> <td><input type="checkbox"/> Escrita con el paciente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Verbal paciente-médico</td> <td><input type="checkbox"/> Escrita paciente-médico</td> </tr> </tbody> </table> | | Vía de comunicación | | <input type="checkbox"/> Verbal con el paciente | <input type="checkbox"/> Escrita con el paciente | <input type="checkbox"/> Verbal paciente-médico | <input type="checkbox"/> Escrita paciente-médico | | | | | | | | | | |
| Vía de comunicación | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Verbal con el paciente | <input type="checkbox"/> Escrita con el paciente | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Verbal paciente-médico | <input type="checkbox"/> Escrita paciente-médico | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Resultado | | | |
|--|---------------------|------------------------|------------------------|
| ¿Qué ocurrió con la intervención? | | Fecha: ___/___/___ | |
| | | | |
| ¿Qué ocurrió con el problema de salud? | | Fecha: ___/___/___ | |
| | | | |
| Resultado | RNM resuelto | RNM no resuelto | Medición final: |
| Intervención Aceptada | | | |
| Intervención no aceptada | | | |

Hoja de intervención

Resultados Positivos Alcanzados



| Identificación | |
|--|--------------------------------------|
| Resultado positivo: Descripción del signo, síntoma o parámetro cuantificable a controlar o prevenir. | |
| Medicamento (s) implicado (s) | |
| Código | Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica |
| | |
| | |
| | |

| Identificación | |
|--|--------------------------------------|
| Resultado positivo: Descripción del signo, síntoma o parámetro cuantificable a controlar o prevenir. | |
| Medicamento (s) implicado (s) | |
| Código | Nombre, Potencia, Forma Farmacéutica |
| | |
| | |
| | |

| Acción | |
|--|-------------------------|
| Fecha: | Objetivo: |
| Descripción de la intervención para preservar el resultado positivo. | |
| Vía de comunicación | |
| Verbal con el paciente | Escrita con el paciente |
| Verbal paciente-médico | Escrita paciente-médico |

| Acción | |
|--|-------------------------|
| Fecha: | Objetivo: |
| Descripción de la intervención para preservar el resultado positivo. | |
| Vía de comunicación | |
| Verbal con el paciente | Escrita con el paciente |
| Verbal paciente-médico | Escrita paciente-médico |

| Resultado | |
|--|--------------------|
| ¿Qué ocurrió con la intervención? | Fecha: ___/___/___ |
| | |
| ¿Qué ocurrió con el problema de salud? | Fecha: ___/___/___ |
| | |
| Medición final: | |

| Resultado | |
|--|--------------------|
| ¿Qué ocurrió con la intervención? | Fecha: ___/___/___ |
| | |
| ¿Qué ocurrió con el problema de salud? | Fecha: ___/___/___ |
| | |
| Medición final: | |