

Historia Farmacoterapéutica

Paciente: _____

Código Dáder:

--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--

--	--	--	--	--	--

Datos de Contacto

Dirección: _____

e-mail: _____

Teléfono: _____



Pasos para realizar la primera Entrevista Farmacéutica

Paso 1. Pregunta abierta sobre las preocupaciones en salud. Pretende explorar las ideas del paciente sobre su enfermedad. Se busca que el paciente realice una descripción de sus problemas de salud desde su inicio, exponiendo sus preocupaciones y sus dudas.

Paso 2. Preguntas semiabiertas sobre los medicamentos. La información a obtener se deriva de las siguientes preguntas:

1. ¿Toma actualmente el medicamento?
2. ¿Para qué lo toma?
3. ¿Quién se lo prescribió?
4. ¿Desde hace cuánto tiempo lo toma? ¿hasta cuándo?
5. ¿Cuanto toma?
6. ¿Se olvida alguna vez de tomarlo? ¿Se olvida alguna vez de tomarlo? si se encuentra bien, deja de tomarlo alguna vez? ¿y si le sienta mal?
7. ¿Cómo le va? (¿nota el efecto?, ¿como lo nota?).
8. ¿Cómo lo utiliza?, ¿alguna dificultad en la administración?, ¿conoce alguna precaución? (normas de uso y administración)
9. ¿Nota algo extraño relacionado con la toma del medicamento?.

Repaso:

Pelo:
Cabeza:
Oídos, ojos, nariz, garganta:
Boca (llagas, sequedad...):
Cuello:
Manos (dedos, uñas...):
Brazos:
Corazón:
Pulmón:
Digestivo:
Riñón:
Hígado:
Genitales:
Piernas:
Pies (dedos, uñas):
Músculos:
Piel (sequedad, erupción...):
Psicológico:

Parámetros cuantificables (PA, colesterol, peso, altura...):
Hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio...)
Vacunas y alergias.

Paso 3. Fase de repaso: se llevará a cabo siguiendo el siguiente esquema que realiza una revisión desde la cabeza a los pies

Utilice las tablas resumen para incorporar los parámetros que obtenga del paciente

Motivo de oferta del servicio

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): **1) Preocupación y expectativas** del paciente respecto al P.S., **2) percepción sobre el control del P.S.** (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), **3) situaciones o causas de descontrol del P.S.**, **4) periodicidad de los controles médicos, 5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas** relacionadas con el problema de salud.

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Problema de Salud: _____ Inicio: _____

Otra información relevante (alergias, intervenciones quirúrgicas, otros antecedentes) _____

Información básica a obtener de los problemas de salud (P.S.): 1) Preocupación y expectativas del paciente respecto al P.S., **2) percepción sobre el control del P.S.** (síntomas, signos, parámetros cuantificables asociados a la evolución de la enfermedad, interpretación de los parámetros cuantificables), **3) situaciones o causas de descontrol del P.S.**, **4) periodicidad de los controles médicos, 5) hábitos de vida y medidas higiénico dietéticas** relacionadas con el problema de salud.

<p>Medicamento: _____</p> <p>Principio Activo: _____</p> <p>P.S. que trata: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Pauta prescrita</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pauta usada</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Prescriptor: _____</p>	Pauta prescrita	_____	Pauta usada	_____	<p>Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Fecha inicio</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Forma de uso y administración _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Observaciones _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	Fecha inicio	_____	Fecha finalización	_____
Pauta prescrita	_____									
Pauta usada	_____									
Fecha inicio	_____									
Fecha finalización	_____									

<p>Medicamento: _____</p> <p>Principio Activo: _____</p> <p>P.S. que trata: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Pauta prescrita</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pauta usada</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Prescriptor: _____</p>	Pauta prescrita	_____	Pauta usada	_____	<p>Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Fecha inicio</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Forma de uso y administración _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Observaciones _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	Fecha inicio	_____	Fecha finalización	_____
Pauta prescrita	_____									
Pauta usada	_____									
Fecha inicio	_____									
Fecha finalización	_____									

<p>Medicamento: _____</p> <p>Principio Activo: _____</p> <p>P.S. que trata: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Pauta prescrita</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pauta usada</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Prescriptor: _____</p>	Pauta prescrita	_____	Pauta usada	_____	<p>Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño? _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Fecha inicio</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Forma de uso y administración _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div> <p>Observaciones _____</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;"></div>	Fecha inicio	_____	Fecha finalización	_____
Pauta prescrita	_____									
Pauta usada	_____									
Fecha inicio	_____									
Fecha finalización	_____									

<p>Medicamento: _____</p> <p>Principio Activo: _____</p> <p>P.S. que trata: _____</p>	<p>Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va? _____</p> <p>Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño? _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Fecha inicio</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Forma de uso y administración _____</p> <p>Observaciones _____</p>	Fecha inicio	_____	Fecha finalización	_____
Fecha inicio	_____					
Fecha finalización	_____					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Pauta prescrita</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pauta usada</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Prescriptor: _____</p>	Pauta prescrita	_____	Pauta usada	_____		
Pauta prescrita	_____					
Pauta usada	_____					

<p>Medicamento: _____</p> <p>Principio Activo: _____</p> <p>P.S. que trata: _____</p>	<p>Percepción de Efectividad: ¿Cómo le va? _____</p> <p>Percepción de Seguridad: ¿Algo extraño? _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Fecha inicio</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Fecha finalización</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Forma de uso y administración _____</p> <p>Observaciones _____</p>	Fecha inicio	_____	Fecha finalización	_____
Fecha inicio	_____					
Fecha finalización	_____					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Pauta prescrita</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Pauta usada</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Prescriptor: _____</p>	Pauta prescrita	_____	Pauta usada	_____		
Pauta prescrita	_____					
Pauta usada	_____					

Medicación anterior			
Nombre: Principio activo: ¿Para qué? Observaciones:	Nombre: Principio activo: ¿Para qué? Observaciones:	Nombre: Principio activo: ¿Para qué? Observaciones:	Nombre: Principio activo: ¿Para qué? Observaciones:

Plan de actuación

Fecha: _____

Hoja: / _____



Nº	Objetivos (Descripción)	Fecha (planteamiento)	Prioridad	Conseguido	Fecha
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	

Intervenciones Farmacéuticas		
Descripción y planificación	Objetivo relacionado (Nº)	Fecha: Inicio, control, resultado

Entrevistas Sucesivas

Fecha:

Hoja: /



Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión

Entrevistas Sucesivas

Fecha:



Fecha	Prob. Salud y Motivo de visita	Observaciones	Próxima revisión

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			

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:	



Seguimiento Farmacoterapéutico