



FARMÁCIA - ROTEIRO DE VISITA DOMICILAR

INFORMAÇÕES DO USUÁRIO

DATA: ___/___/___		
EQUIPE:		ACS:
PROFISSIONAIS RELACIONADOS:		
PACIENTE:		
IDADE: _____	SEXO: M ( ) F ( )	
ESCOLARIDADE: A ( ) EF ( ) EM ( ) NS ( )	Nº MORADORES: _____	
CUIDADOR: SIM ( ) NÃO ( )	QUEM: _____	
MOBILIDADE: NORMAL ( ) DEFICIENTE ( ) ACAMADO ( ) RESTRITO AO LEITO ( )		
PESO: _____	ALTURA: _____	FUMANTE: SIM ( ) NÃO ( )
ÚLTIMA PA: _____	DATA / / _____	ÚLTIMA GLI: _____ DATA / / _____

INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO

PACIENTE ( ) CUIDADOR ( )			OBSERVAÇÕES
	SIM	NÃO	
1) VOCÊ SABE QUAL(IS) É (SÃO) A(S) SUA(S) PATOLOGIA(S)?			
2) FEZ ALGUM ACOMPANHAMENTO NOS ÚLTIMOS 6 MESES?			SE SIM, QUAIS?
3) ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO EM OUTRA UNIDADE DE SAÚDE?			SE SIM, ONDE?
4) VOCÊ TOMA OUTROS MEDICAMENTOS OU FAZ TRATAMENTOS NÃO PRESCRITOS PELO MÉDICO?			SE SIM, QUAIS MEDICAMENTOS E POSOLOGIA
5) VOCÊ SABE PARA QUE SERVEM OS MEDICAMENTOS?			
6) PACIENTE CONSEGUE EXPLICAR A QUESTÃO 5?			
7) VOCÊ COSTUMA ESQUECER DE TOMAR OS MEDICAMENTOS?			SE SIM, O QUE FAZ?
8) SENTE ALGUMA DIFERENÇA QUANDO ESQUECE DE TOMAR O MEDICAMENTO?			
9) VOCÊ TOMA OS MEDICAMENTOS COM ÁGUA OU OUTROS LÍQUIDOS/ALIMENTOS?			SE SIM, QUAIS?
10) SENTE ALGUMA DIFICULDADE PARA TOMAR O MEDICAMENTO?			



**FARMÁCIA - ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR**

**LOCAL DE ARMAZENAMENTO DOS MEDICAMENTOS**

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1) ONDE?			
BANHEIRO			
COZINHA			
SALA			
QUARTO			
ÁREA EXTERNA			
OUTROS			
2) EXPOSIÇÃO?			
LUZ			
CALOR			
UMIDADE			
POEIRA			
MOFO			
3) ORGANIZAÇÃO ADEQUADA?			

**AVALIAÇÃO DO FARMACÊUTICO**

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1) HIGIENE DOMICILIAR ADEQUADA?			
2) HIGIENE DO USUÁRIO ADEQUADA?			
3) ADESÃO AO TRATAMENTO SATISFATÓRIA?			
4) ESTADO GERAL DO USUÁRIO			
EXCELENTE			
BOM			
REGULAR			
RUIM			

**INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS**

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
1) ORGANIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS			
2) ORIENTAÇÕES SOBRE MEDICAMENTOS E/OU TRATAMENTO/PATOLOGIAS			
3) AJUSTE OU MODIFICAÇÃO DE HORÁRIOS			

