



FORMULÁRIO - Farmácia

ADMISSÃO FARMACÊUTICA

Código: F.HABF.149

Versão: 00

Elaboração: 10/04/2023

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_ ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

PESO ESTIMADO: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_ DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MOTIVO DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

## ANÁLISE DO PRONTUÁRIO E ANTECEDENTES

- Possui SAE? ( ) Sim ( ) Não

- Faz uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não

- É fumante? ( ) Sim ( ) Não

Patologia	Sim	Patologia	Sim	Patologia	Sim	Patologia	Sim	Patologia	Sim
Hipertensão		Asma		DPOC		Câncer		Parkinson	
Diabetes		Alzheimer		Doença Renal		Depressão		Refluxo Gástrico	
Colesterol alto		Cardiopatia ICC		Doença Hepática		Neuropata		Hipo Tireoidíssimo	
Hiper Tireoidíssimo									

Apresenta algum tipo de alergia a medicamentos? O que aconteceu? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais: \_\_\_\_\_

Está apresentando algum tipo de reação adversa aos medicamentos utilizados no hospital? ( ) Sim ( ) Não Se sim, quais: \_\_\_\_\_

## RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Faz uso contínuo de MED? ( ) Sim ( ) Não / Trouxe os medicamentos? ( ) Sim ( ) Não

Paciente informado de automedicação? ( ) Sim ( ) Não

## PROGRAMA DE ATNÇÃO FRMACEUTICA

	Medicamentos utilizados antes da admissão (inclusive não prescritos, fitoterápicos, vitaminas, suplementos, etc. Anotar se o paciente utiliza o medicamento de forma diferenciada daquela prescrita)	Dose/ Via de Administração	Frequência de Administração	Trouxe Medicamento	Em uso durante internação		Segue Prescrito o uso durante o período de internação hospitalar?			Reconciliado? Data
					Sim/ Não	Horário do último uso (se sim)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
1							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
2							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
3							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
4							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
5							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
6							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	
7							<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Sim, com alteração	<input type="checkbox"/> Não	

Observações: \_\_\_\_\_ DATA DA VISITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DA EVOLUÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) TOTALMENTE RECONCILIADO ( ) PARCIALMENTE RECONCILIADO ( ) NÃO FOI RECONCILIADO ( ) NÃO É DE MEDICAMENTO CONTÍNUO

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO