

# HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

(Anexo 1)

PACIENTE nº:  /  /

NOMBRE:

FECHA:

# PRIMERA VISITA

PACIENTE n°:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## PROBLEMAS / PREOCUPACIONES DE SALUD

Controlado      Inicio

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

## BOLSA CON MEDICAMENTOS

Nombre 1:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

Nombre 2:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

Nombre 3:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 4:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 5:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 6:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 7:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 8:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 9:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	
Nombre 10:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

Nombre 11:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

Nombre 12:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

Nombre 13:	CUMPLE: P,R,B	LO CONOCE: P,R,B
1.¿lo toma? 2.¿quién lo recetó? 3.¿para qué? 4.¿cómo le va? 5.¿desde cuándo?	6.¿cuánto? 7.¿cómo? 8.¿hasta cuándo? 9.¿dificultad? 10.¿algo extraño?	

(P = Poco          R = Regular          B = Bastante)

## MEDICACIÓN ANTERIOR

Nombre 1:	
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?

Nombre 2:	
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?

Nombre 3:	
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?

Nombre 4:	
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?

Nombre 5:	
1.¿lo toma? 3.¿para qué?	4.¿cómo le va? 10.¿algo extraño?

## REPASO

- PELO:
- CABEZA:
- OIDOS, OJOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (llagas, sequedad...):
- CUELLO:
- MANOS (dedos, uñas...):
- BRAZOS Y MÚSCULOS:
- CORAZÓN:
- PULMÓN:
- DIGESTIVO:
- RIÑÓN (orina...):
- HÍGADO:
- GENITALES:
- PIERNAS:
- PIÉS (dedos, uñas):
- MÚSCULO ESQUELÉTICO (gota, dolor espalda, tendinitis...):
- PIEL (sequedad, erupción...):
- PSICOLÓGICO (depresiones, epilepsia...):
- IMC:
- PARÁMETROS ANORMALES (Tª, PA, colesterol...):
- TABACO:
- ALCOHOL:
- CAFÉ:
- OTRAS DROGAS:
- OTROS HABITOS ANORMALES (ejercicio, dieta...):
- VITAMINAS Y MINERALES:
- VACUNAS:
- ALERGIAS MEDICAMENTOS Y/O RAM:**
- Situaciones fisiológicas (y fecha):
- OBSERVACIONES:

## OTROS DATOS DEL PACIENTE

- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Profesión: \_\_\_\_\_ -Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Médico de cabecera: \_\_\_\_\_
- Médicos especialistas: \_\_\_\_\_
- Cuidador: \_\_\_\_\_

MINUTOS: \_\_\_\_\_  
Firma Del farmacéutico: \_\_\_\_\_



**OBSERVACIONES:**

**FECHA  
PARÁMETROS**

## INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA (Anexo 3)

PACIENTE nº:  /  /  Fecha de Inicio:

PRM tipo:  1  2  3  4  5  6

PRM:  ó Riesgo de PRM:

Medicamento / s:

Problema de Salud:

**DESCRIPCIÓN DEL PRM** (empezar con Necesidad - o no -, Inefectividad o Inseguridad).

### CAUSA:

1. Interacción  
 2. Incumplimiento  
 3. Duplicidad  
 4. Ninguna de las anteriores

**Describir:**

### QUÉ SE PRETENDE HACER PARA RESOLVER EL PRM:

### VÍA DE COMUNICACIÓN:

1. Verbal farmacéutico – paciente  
 2. Escrita farmacéutico – paciente  
 3. Verbal farmacéutico – paciente – médico  
 4. Escrita farmacéutico – paciente – médico

### RESULTADO:

	P. Salud Resuelto	P. Salud No resuelto
Intervención Aceptada		
Intervención No aceptada		

### ¿QUÉ OCURRIÓ?

**Nº MEDICAMENTOS QUE ESTABA TOMANDO** (a la fecha de la intervención): \_\_\_\_\_

**Nº VISITAS DURANTE LA INTERVENCIÓN:** \_\_\_\_\_

**Fecha final de la Intervención:** \_\_\_\_\_