

Identificação do Paciente

Nome do Paciente:

Data de Nasc.: ____/____/____

Setor: _____

Leito: _____

Data de Admissão: ____/____/____

Questionário

Dados da Prescrição	Sim Não		Caso seja necessária a intervenção: Continuar preenchimento do formulário
			Observação
Medicamentos prescritos em Denominação Comum Brasileira?	☐	☐	
Medicamentos prescritos na posologia adequada?	☐	☐	
Medicamentos prescritos dentro da hipótese diagnóstica?	☐	☐	
Medicamento prescrito em duplicidade?	☐	☐	
Medicamentos prescritos em duplicidade terapêutica?	☐	☐	
Medicamento prescrito na dose correta?	☐	☐	
Medicamentos prescritos com intervalos das doses corretas (respeitando dose máxima)	☐	☐	
Medicamentos com Diluição / Tempo de infusão corretas?	☐	☐	
Interação medicamento x nutriente?	☐	☐	
Interação medicamento x medicamento?	☐	☐	
Medicamentos relacionados com risco de queda?	☐	☐	
Medicamentos não padronizados prescritos?	☐	☐	
Aprazamento correto?	☐	☐	
Separação de medicamentos correta ?	☐	☐	
Necessária intervenção farmacêutica?	☐	☐	

Classificação da Intervenção Farmacêutica

Finalidade: () Prescrição () Aprazamento () Dispensação () Administração

Significância: () Relevante () Irrelevante

Aceitação: () Aceita () Não Aceita

Intervenção Farmacêutica (Observações)

Carimbo e assinatura Farmacêutico

Data

FOR.FAR.002.FEV.2025.V02