HDC HOSPITAL DI CAMP	FORMULÁRIO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	Versão 05

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (PREENCHIMENTO ENFERMAGEM)

Paciente:_____

Data de Nascimento: ___/___/___ Data de Admissão: __/__/__ Setor: _____ Leito: _____

Cole a etiqueta aqui

HISTÓRICO DO PACIENTE (PREENCHIMENTO ENFERMAGEM)

Fumante: ( ) Não ( ) Sim OBS: _____ Álcool: ( ) Não ( ) Sim OBS: _____

Alergia medicamentosa:( ) Não ( ) Sim Quais: _____

Comorbidades Existentes: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Outros: _____

Medicamento Referência/Genérico/Similar e apresentação (inclusive não prescritos, de venda vitaminas minerais, homeopáticos e fitoterápicos. **(PREENCHIMENTO ENFERMAGEM)**							Conciliação Medicamentosa Assinalar **S** ou **N** para a continuidade do medicamento. **(FARMÁCIA)**
	MEDICAMENTO	**DOSE**	**POSOLOGIA**	**VIA**	**ÚLTIMA DOSE (DATA E HORA)**	**OBSERVAÇÃO**	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

_____ Assinatura e Carimbo **Enfermeiro**

_____ Assinatura e Carimbo **Farmacêutico**

Ciente ( ) SIM ( ) NÃO **Assinatura Paciente/Responsável:** _____

ATENÇÃO: MEDIANTE AVALIAÇÃO E PLANO TERAPÊUTICO DO PACIENTE NÃO NECESSARIAMENTE OS MEDICAMENTOS EM USO SERÃO MANTIDOS

ESCORE DE RISCO FARMACOTERAPÊUTICO (PREENCHIMENTO FARMACÊUTICO)

Fonte das informações colhidas: Enfermagem e Prontuário.

( ) Paciente elegível para aplicação de escore farmacoterapêutico.
( ) Paciente cirúrgico, **não elegível** para aplicação de escore farmacoterapêutico.

CRITÉRIOS DE ACOMPANHAMENTO	DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO	ESCORES
IDADE (ANOS)	ATÉ 44	1
	45 OU MAIS	2
NÚMERO DE MEDICAMENTOS TOTAL (EXCETO ACM)	0 – 5	1
	6 – 10	2
	11 – 15	3
	16 OU MAIS	4
MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS (EXCETO ACM)	NENHUM	0
	1-3	1
	4 OU MAIS	2
NÚMERO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS (CONSIDERAR ACM)	0	0
	01	1
	02	2
	03	3
	04 OU MAIS	4
VIA DE ALIMENTAÇÃO	VIA ORAL	0
	GTT OU NASOENTERAL	1
	NUTRIÇÃO PARENTERAL OU DIETA ZERO	2
COMPLICAÇÕES: ( ) NEFROPATA ( ) HEPATOPATA ( ) CARDIOPATA ( ) PNEUMOPATA	NENHUMA	0
	01	1
	02	2
	03	3
	04	4
IMUNOSSUPRIMIDO	SIM	2
	NÃO	0
USO DE ANTIMICROBIANO	SIM	1
	NÃO	0
PONTUAÇÃO TOTAL:		
RISCO DEFINIDO:		

Risco baixo: = ou < 9 pontos. Risco alto: > 9 pontos.

Risco farmacoterapêutico:

( ) Paciente submetido(a) à escore de risco farmacoterapêutico obtendo pontuação de **ALTO RISCO**, sendo elegível, conforme POP institucional, para Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Reconciliação Medicamentosa.

( ) Paciente submetido(a) à escore de risco farmacoterapêutico obtendo pontuação de **BAIXO RISCO**, não sendo elegível, conforme POP institucional, para Acompanhamento Farmacoterapêutico e de Reconciliação Medicamentosa.

( ) Paciente cirúrgico, **não elegível** para aplicação de Escore Farmacoterapêutico.

Prescrição médica:

( ) Medicamentos prescritos em totalidade
( ) Medicamento prescritos parcialmente
( ) Medicamentos não prescritos
( ) Medicamentos alterados.
( ) Não se aplica

Discrepâncias:

( ) Intencional
( ) Não intencional
( ) Não há discrepâncias
( ) Não se aplica

Registro de medicamentos alterados:

_____
_____
_____
_____
_____

Observações:

_____
_____
_____
_____
_____

_____

Assinatura /Carimbo Farmacêutico