

Ficha de Atendimento Farmacêutico



FARMACÊUTICOS CONTRA
H1N1

Dados do Paciente

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: () Fem () Masc

Gestante: () Não () Sim – tempo de gestação: _____

Município de residência/UF: _____

Endereço: _____

Entrevista farmacêutica

Viajou nos últimos 07 dias para área onde esteja ocorrendo surtos dessa doença? () Sim () Não

Início abrupto de febre (mensurada ou referida) + tosse ou dor de garganta **OU** Insuficiência Respiratória Aguda sem outra causa evidente? () Não () Sim – *informar a temperatura apresentada:* _____

Manifestações relatadas pelo paciente:

Náuseas () Sim () Não

Vômitos () Sim () Não

Mialgias () Sim () Não

Artralgia () Sim () Não

Cefaleia () Sim () Não

Calafrios () Sim () Não

Dispneia () Sim () Não

Tosse () Sim () Não

Oligúria () Sim () Não

Garganta inflamada () Sim () Não

Desconforto respiratório () Sim () Não

PA diastólica < 60 mmHg ou PA sistólica < 90 mmHg () Sim () Não

Fadiga () Sim () Não

Parâmetros Fisiológicos e Bioquímicos

Pressão arterial: _____ Temperatura corporal: _____

Exames laboratoriais: () Sim () Não apresentou exames laboratoriais.

Se sim, assinalar abaixo:

DHL elevado () Sim () Não

CPK elevado () Sim () Não

TGO elevado () Sim () Não

TGP elevado () Sim () Não

Leucocitose () Sim () Não

Leucopenia () Sim () Não

Neutrofilia () Sim () Não

Informações Complementares

Solicito que o paciente seja avaliado, visto que apresenta sintomas de SG / SRAG com suspeita de H1N1.

Agradeço a atenção.

Assinatura do farmacêutico

Nome completo: _____

Nº CRF-SP: _____ Data: ___/___/___

Unidade de Saúde mais próxima da farmácia

Endereço: _____ Telefone: _____