

## NOWY LEK

Spotkanie  interwencyjne /  kontrolne (zaznacz właściwe)

NOWY LEK

OPIEKA  
FARMACEUTYCZNA

Imię i nazwisko farmaceuty	
Imię i nazwisko pacjenta	
Kontakt do farmaceuty	adres:..... telefon:.....
Konsultacja	<input type="checkbox"/> spotkanie stacjonarne <input type="checkbox"/> rozmowa telefoniczna
Data wizyty	
Inne / nowe choroby, dolegliwości pacjenta	
Planowana data kolejnej wizyty	..... <input type="checkbox"/> spotkanie stacjonarne <input type="checkbox"/> rozmowa telefoniczna

Pytania pacjenta związane z nowym lekiem

## Czy pacjent rozpoczął stosowanie nowego leku?

<input type="checkbox"/> NIE, powody wskazane przez pacjenta:	
<input type="checkbox"/> TAK, data rozpoczęcia stosowania nowego leku: wyliczona liczba dni stosowania leku:	

## Pytania do pacjenta, który rozpoczął już stosowanie nowego leku:

Czy wie Pani/Pan w jakim celu stosowany jest nowy lek?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE, dlaczego?
Czy uważa Pani/Pan, że nowy lek działa?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE, dlaczego?
Czy odczuwa Pani/Pan niepożądane objawy, dolegliwości, których występowanie wiąże ze stosowaniem nowego leku?	<input type="checkbox"/> TAK, jakie?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy stosuje Pani/Pan nowy lek zgodnie ze zleconym dawkowaniem?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE, dlaczego?
Czy ma Pani/Pan problem/y z przyjmowaniem nowego leku?	<input type="checkbox"/> TAK, jaki/jakie?	<input type="checkbox"/> NIE
Czy zdarzyło się Pani/Panu pominąć dawkę nowego leku?	<input type="checkbox"/> TAK, jak często się to zdarza? Dlaczego?	<input type="checkbox"/> NIE
Jak Pani/Pan radzi sobie ze stosowaniem nowego leku?		
Inne informacje		

## Problemy zgłaszane na poprzedniej wizycie

Problemy z poprzednich wizyt	Wdrożenie proponowanych rozwiązań	Czy rozwiązanie pomogło?	Dodatkowe informacje
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Działania farmaceuty podczas wizyty - Raport  
*Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe stawiając znak X*

<input type="checkbox"/>	Edukacja pacjenta na temat NOWEGO LEKU
<input type="checkbox"/>	Wręczenie ulotki edukacyjnej na temat NOWEGO LEKU
<input type="checkbox"/>	Wręczenie innych materiałów edukacyjnych
<input type="checkbox"/>	Rozmowa na temat zgłaszanych przez pacjenta <u>problemów</u> związanych z nowym lekiem
<input type="checkbox"/>	Rozmowa na temat zgłaszanych przez pacjenta <u>działań niepożądanych</u> związanych z nowym lekiem
<input type="checkbox"/>	Zgłoszenie działania niepożądanego / działań niepożądanych do odpowiednich organów, jakich:
<input type="checkbox"/>	Udzielenie informacji na dodatkowe pytania pacjenta
<input type="checkbox"/>	Zakończenie usługi NOWY LEK z powodu:
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie?

## Załącznik nr 5, str. 5/5

Zaproponowane przez farmaceutę rozwiązania problemów związanych ze stosowaniem nowego leku przez pacjenta

*Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe stawiając po lewej X oraz uzupełnić szczegóły zaproponowanego rozwiązania wraz ze wskazaniem osób/osoby odpowiedzialnej za wdrożenie rozwiązania:*

*P - zmiana zaproponowana przez farmaceutę do wprowadzenia przez pacjenta*

*L - zmiana zaproponowana przez farmaceutę do wprowadzenia przez lekarza (w sytuacji kiedy farmaceuta nie może dokonać zmian)*

<input type="checkbox"/>	Zmiana leku na inny:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Zmiana dawkowania na:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Zmiana pory stosowania na:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Zmiana postaci leku na:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Zmiana dawki leku na:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Samokontrola / kontrola parametrów zdrowotnych:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Skierowanie do usługi PRZEGLĄDU LEKOWEGO	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Skierowanie do usługi:	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie?	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> L

OPCJONALNIE: dodatkowe informacje do wizyty