

Przegląd lekowy

Celem przeglądu lekowego jest zebranie informacji o stosowanych lekach i innych produktach zdrowotnych przez Panią/Pana, a następnie po wyrażeniu zgody zwrotne przekazanie opracowanych na tej podstawie wniosków i zaleceń w zakresie stosowania leków i innych produktów zdrowotnych. Podane dane kontaktowe służyć będą wyłącznie przekazaniu zwrotnej informacji po przeprowadzonym przeglądzie lekowym. Wszelkie inne analizy zebranych danych będą wykonywane po zanonimizowaniu danych. Wszystkie dane umożliwiające identyfikację Pani/Pana (m.in. imię i nazwisko, telefon) zostaną usunięte na etapie zbiorowego przetwarzania uzyskanych danych w celu podsumowania wyników przeprowadzonych przeglądów lekowych.

Do Kogo kierowana jest usługa przeglądu lekowego?

- Osób które przyjmują regularnie leki (co najmniej 1 zalecony przez lekarza lek do stałego stosowania), w tym pacjentów z chorobą/chorobami przewlekłymi (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, astma, POCHP, depresja i in.)
- Osób, które przyjmują leki przepisane przez więcej niż jednego specjalistę (lekarz rodzinny, lekarz specjalista)

Informacje dla Uczestnika badania

Co zyskuje Osoba korzystająca z usługi przeglądu lekowego?

- Kompleksowe, zrozumiałe informacje odnośnie stosowanych leków.
- Informacje na temat ewentualnie występujących problemów związanych ze stosowanymi lekami, innymi stosowanymi produktami zdrowotnymi.
- W wyniku przeprowadzonego wywiadu lekowego i analizy stosowanych leków otrzymuje poradę na temat optymalnego stosowania leków.
- Zalecenia odnośnie stosowania leków.

Instrukcja dla Farmaceuty wykonującego przegląd lekowy

Wypełnij Arkusz wywiadu z Uczestnikiem badania i zanotuj całkowity czas prowadzenia wywiadu

..... (min)

Uzyskaj zgodę uczestnika przeglądu lekowego na udział w przeglądzie lekowym, przetwarzanie i gromadzenie danych osobowych, dostęp do dokumentacji medycznej:

Administratorem zebranych danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Uczelnia wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się we wszystkich sprawach dot. przetwarzania danych osobowych pod adresem e-mail: iod@umw.edu.pl

Uczestnikowi przysługuje prawo do żądania: dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia oraz wycofania zgody na ich przetwarzanie.

Telefon kontaktowy: 71 78 40 321

Osoba przeprowadzająca wywiad:

Imię i nazwisko Data Tel. Kontaktowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie zebranych danych zgodnie z powyższą informacją.

Imię i nazwisko Data Podpis Uczestnika

Arkusz wywiadu z Uczestnikiem badania na potrzeby przeglądu lekowego

I. Dane personalne Uczestnika badania:

1. Imię i nazwisko
2. Telefon
3. Wiek Uczestnika w latach
4. Płeć
☐ kobieta ☐ mężczyzna
5. Wykształcenie
☐ podstawowe ☐ średnie ☐ wyższe
6. Dane kontaktowe (telefon, e-mail, kod pocztowy miejsca zamieszkania)
.....
.....
7. Waga w kg
8. Wzrost w cm.....
9. Zawód wykonywany.....

II. Aktualny stan zdrowia Uczestnika badania:

- Choroby przewlekłe (wymień)
.....
- Choroby wątroby
☐ tak ☐ nie
- Choroby nerek
☐ tak ☐ nie
- Alkohol
☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak to ile?.....
- Palenie papierosów
☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak to ile?.....
- Alergia
☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak to na co?.....
- Ciąża/okres laktacji
☐ tak ☐ nie
- Stosowana dieta
☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak to jaka?.....
- Problemy ze snem
☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak opisać.....
- Aktywność fizyczna
☐ tak ☐ nie
- Typ aktywności (bieganie, spacer, ćwiczenia itp.).....
- ☐ tak ☐ nie
- Jeśli tak opisać.....

III. Dane odnośnie stosowanych leków

Czy wystąpiły u Pana/Pani jakiekolwiek działania niepożądane związane ze stosowaniem leków?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak to jakie i po jakim leku?

.....
.....
.....
.....
.....

IV. Zapytaj Uczestnika badania o stosunek do stosowanych leków:

Czy pacjent zna nazwy stosowanych przez siebie leków?

☐ tak

☐ nie

Czy pacjent wie jak stosować zaordynowane leki/(w tym pora stosowania/na czczo czy w trakcie/po posiłku/ zalecenia spójne-pożywienie mogące zaburzać wchłanianie)?

☐ tak

☐ nie

Czy pacjent pamięta zalecony schemat dawkowania?

☐ tak

☐ nie

Jeśli nie, to dlaczego?.....

Jak często ma Pan/i trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich leków?

☐ nigdy

☐ raz na jakiś czas

☐ czasami

☐ zazwyczaj

☐ przez cały

Czy przestrzeganie schematu przyjmowania leków było kiedykolwiek dla Pana/i uciążliwe?

☐ tak

☐ nie

Czy zdarzyło się Panu/i zapomnieć o zażyciu leków?

☐ tak

☐ nie

Czy kiedykolwiek zdarzyło się Panu/i zmniejszyć dawkę lub przestać zażywać lek bez poinformowania lekarza, ponieważ poczuł/a/o się Pan/i gorzej po zażyciu?

☐ tak

☐ nie

Czy zdarzyło się Panu/i zapomnieć zabrać ze sobą leki, gdy opuszczał/a/o Pan/i dom lub udawał/a/o się w podróż?

☐ tak

☐ nie

Czy zdarzyło się Panu/i przerwać przyjmowanie leku, gdy odczuł/a/o Pan/i, że objawy są pod kontrolą?

☐ tak

☐ nie

Jak często ma Pan/i trudności z pamiętaniem o zażyciu wszystkich leków?

☐ nigdy

☐ raz na jakiś czas

☐ czasami

☐ zazwyczaj

☐ przez cały

Czy pacjent ma trudności z przygotowaniem leku/połykaniem/czy postać jest dla niego wygodna/inne?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, to jakie trudności występują?.....

Czy pacjent ma problemy z dostępem do leku/zakupem?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, to jakie?.....

Tabela. 1 Leki przyjmowane stale z zalecenia lekarskiego (w tym leki na receptę zalecone do stosowania doraźnego)

Lp.	Nazwa handlowa leku	Nazwa międzynarodowa	Dawka	Postać leku	Dawkowanie/ ilość i pora przyjmowania leku									Określ własnymi słowami na co stosujesz lek?	Uwagi zgłaszane w zakresie działań niepożądanych	Inne dodatkowe informacje związane ze stosowaniem leku*	
					Śniadanie			Obiad			Kolacja						Przed snem
					>	=	<	>	=	<	>	=	<				
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

* Wpisać proszę od kiedy lek jest stosowany

> przed posiłkiem, = w trakcie posiłku, < po posiłku

Tabela 2. Leki przyjmowane doraźnie (z wyłączeniem leków wydawanych na receptę)

Lp.	Nazwa handlowa leku	Nazwa międzynarodowa	Dawka	Sposób dawkowania	Przyczyna stosowania	Uwagi zgłaszane w zakresie działań niepożąda- nych	Inne dodatkowe informacje związane ze stosowaniem leku
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Tabela 3. Inne produkty zdrowotne (suplementy, preparaty ziołowe, wyroby medyczne)*

L.p.	Nazwa produktu	Skład produktu (składniki główne)	Sposób stosowania (dawkowanie)	Przyczyna stosowania	Uwagi zgłaszane w zakresie działań niepożądanych	Inne dodatkowe informacje związane ze stosowaniem produktu
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

***Weź pod uwagę wszystkie produkty stosowane doustnie, na skórę, błony śluzowe, itp., w tym suplementy, witaminy, maści, inhalatory i inne urządzenia medyczne, nabywane również poza apteką**

Raport z wykonanego przeglądu lekowego

Wykryte problemy lekowe rzeczywiste/potencjalne (skorzystaj z klasyfikacji PCNE):

Interwencja farmaceuty (rekomendacje/zalecenia dla pacjenta):

Informacje dodatkowe dla lekarza/ lekarzy leczących

Potrzeby w zakresie edukacji (rekomendacje/zalecenia dla pacjenta):

Polecane bazy danych i źródła informacji o lekach
--

- CHPL ze strony: <http://www.urpl.gov.pl/pl/produkty-lecznicze/zagadnienia-rejestracyjne/rejestr-produkt%C3%B3w-leczniczych>
- Klasyfikacja problemów lekowych (DRP) wg PCNE

Bazy danych leków (w tym interakcje):

- <https://www.rxlist.com/>
- <https://www.drugs.com/>
- <https://www.medscape.com/>
- <https://online.epocrates.com/>
- <https://farmaceuta.pharmindex.pl/pharmacist/search>

Bazy płatne:

- BNF <https://www.medicinescomplete.com/#/browse/bnf>
- Drug Monitoring Checker <https://www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=monitoring>
- Martindale's ADR Checker <https://www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=adr>
- Stockley's Drug Interactions <https://www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=stockley>

Bazy bibliograficzne:

- <https://eric.ed.gov/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- <http://freemedicaljournals.com/>

Standardy terapeutyczne lekarskich towarzystw naukowych