

Konsultacja farmaceutyczna - 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 konsultacji farmaceutycznej - 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 konsultacji farmaceutycznej - 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.
- Zestawienie wszystkich stosowanych produktów leczniczych i innych produktów zdrowotnych.

Instrukcja dla Farmaceuty wykonującego konsultację farmaceutyczną - 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. Data urodzenia
3. Płeć
☐ kobieta ☐ mężczyzna
4. Wykształcenie
☐ podstawowe ☐ średnie ☐ wyższe
5. Dane kontaktowe (telefon, e-mail, kod pocztowy miejsca zamieszkania)
.....
.....
6. Waga w kg
7. Wzrost w cm.....
8. Rodzaj wykonywanej pracy
☐ fizyczna ☐ siedząca ☐ zmiennie
9. Wykonywany zawód.....

II. Aktualny stan zdrowia Uczestnika badania:

Choroby przewlekłe

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie?.....

Choroby wątroby

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie?.....

Choroby nerek

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie?.....

Choroby genetyczne lub dziedziczne

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie?.....

Alkohol

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to ile?.....

Palenie papierosów (w przypadku palenia papierosów elektronicznych zaznacz tak i wpisz ilość 0)

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to ile?.....

Alergia

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to na co?.....

Ciąża/okres laktacji

☐ tak ☐ nie/nie dotyczy

Stosowana dieta

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jaka?.....

Problemy ze snem

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak opisać.....

Aktywność fizyczna

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak opisać typ aktywności.....

III. Badania diagnostyczne

Czy pacjent wykonuje regularnie badania diagnostyczne?

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie?.....

Czy pacjent posiada aktualne wyniki badań diagnostycznych? (np. morfologia krwi, AST, ALT, bilirubina, kreatynina, mocznik, ciśnienie krwi, TSH, T3, T4, hormony płciowe)

☐ tak ☐ nie

Jeśli tak to jakie są wyniki?.....

.....

IV. Dane odnośnie stosowanych leków

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

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak to jakie i po jakim leku?

.....

.....

.....

.....

.....

V. Zapytaj Uczestnika badania o stosunek do stosowanych leków:

Czy pacjent zna nazwy stosowanych przez siebie leków?

☐ tak

☐ nie

☐ nie wszystkich

Jeśli nie, to co stanowi największy problem?

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

☐ tak

☐ nie

☐ nie wszystkich

Jeśli nie, to co stanowi największy problem?

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

Jeśli tak, to dlaczego?.....

Czy zdarzyło się Panu/i zapomnieć o zażyciu leków?

☐ tak

☐ nie

Jeśli tak, to dlaczego?.....

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

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

☐ tak

☐ nie

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

W przypadku pacjenta/pacjentki non-compliance (nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych) doprecyzuj i opisz przyczyny tego stanu. Dopytaj pacjenta/pacjentkę i wprowadź opis swojej opinii w tym zakresie.

.....

.....

.....

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										Lek wymaga szczególnej uwagi	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					Co ile godz.
					>	=	<	>	=	<	>	=	<						
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 niepożądanych	Inne dodatkowe informacje związane ze stosowaniem leku
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Tabela 3. Inne produkty zdrowotne (suplementy diety, 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):

Dodatkowy komentarz, w tym uwagi związane z monitorowaniem procesu leczenia farmakologicznego stałych pacjentów apteki:

Pacjent stosuje preparaty z marihuany do celów medycznych:

☐ tak

☐ nie

Podpis i pieczęć osoby dokonującej przeglądu lekowego

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