**Przegląd lekowy**

Kwestionariusz i IPOF

**WYWIAD**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data przeprowadzenia przeglądu lekowego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko | | | | | | | | Data urodzenia/wiek | | | | | | | | PESEL | | | | | |
| Adres zamieszkania | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Numer telefonu | | | | | | | Adres e-mail | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane kontaktowe opiekuna | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status zawodowy i społeczny** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zawód | | | Wykształcenie | | | | | | | | Miejsce pracy | | | | | | | | | |
| Inne | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pomiary/wyniki badań oraz data ich wykonania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Waga | Wzrost | | BMI | | Obwód talii | | | | | | | Obwód bioder | | | | | W/H | | | |
| Puls pomiar gabinetowy i domowy | | |  | | | | | | | | Regularny TAK/NIE | | | | | | | | | |
| Ciśnienie tętnicze  pomiar gabinetowy | | | | Ciśnienie tętnicze  średnia z pomiarów domowych | | | | | | | | | | | | | | Skoki ciśnienia TAK/NIE | | |
| HbA1c | | | Glikemia na czczo | | | | | | | | | | OGGT | | | | | | | |
| Domowe pomiary glukozy | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cholesterol całkowity | | | LDL | | | HDL | | | | Nie - HDL | | | | | TG | | | | Lp(a) | |
| Kreatynina w osoczu | | | eGFR | | | | | | CrCl | | | | | | | | uACR | | | |
| Kwas moczowy | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Witamina D | | | Wit B12 | | | | | | | | | | Foliany | | | | | | | |
| ALT | | | AST | | | | | | GGTP | | | | | | | | Inne | | | |
| Hemoglobina | | | Ferrytyna | | | | | | MCV | | | | |  | | | | | |  |
| TSH | | | FT3 | | | | | | FT4 | | | | |  | | | | | |  |
| Sód | | Potas |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  |
| **Styl życia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dieta | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Używki (nikotyna, alkohol (przewlekle/okazjonalnie), kofeina itp.) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aktywność fizyczna | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ryzyko sercowo - naczyniowe** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Choroby zdiagnozowane (ostre/przewlekłe, aktualne/przebyte)** | | | | | | |
| **Nazwa choroby** | **Kod ICD choroby** | **Data diagnozy lub jak długo pacjent choruje** | **Dane lekarza, dane przychodni** | **Termin ostatniej wizyty** | **Termin następnej wizyty** | **Samokontrola (tak/nie)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pacjent pulmonologiczny – dodatkowe informacje** | | | |
| Ilość zaostrzeń/ataków w ciągu ostatniego roku | | |  |
| Czy i ile razy pacjent był hospitalizowany z powodu astmy/POCHP w ciągu ostatniego roku | | |  |
| Jak często objawy astmy/POCHP pojawiają się w tygodniu? | | |  |
| Czy pacjent budzi się w nocy z powodu astmy/POCHP? | | |  |
| Czy pacjent w ramach leczenia astmy używa SABA bądź innego leku doraźnego w ciągu tygodnia? Jeśli tak to jak często? | | |  |
| Czy astma ogranicza aktywność fizyczną pacjenta? | | |  |
| Wynik ACT | Wynik CAT | Wynik MRC | |
| Wynik PEF gabinetowy i domowy | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane potrzebne do FRAX** | |
| Przebyte złamania (włącznie z informacją kiedy miało miejsce) | TAK NIE |
| Złamanie biodra u rodziców | TAK NIE |
| Czy pacjent obecnie zażywa doustnie glikokortykosterydy lub zażywał je dłużej niż trzy miesiące w dawce odpowiadającej 5mg prednizolonu dziennie (lub ekwiwalent dawki innych glikokortykosteroidów) | TAK NIE |
| Diagnoza RZS | TAK NIE |
| Wtórna osteoporoza – czy pacjent ma schorzenie silnie związane z osteoporozą. Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwością kości u dorosłych, nieleczoną przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby | TAK NIE |
| Gęstość mineralna kości (BMD) - Wpisz nazwę densytometru oraz wynik badania BMD dla szyjki kości udowej (neck) (w g/cm2). Można również wprowadzić T-score oparty na normie NHANES III dla kobiet. U pacjentów bez wyniku BMD należy zostawić puste pole (zobacz uwagi do czynników ryzyka) (dostarczone przez Oregon Osteoporosis Center). |  |
| **Wyniki FRAX** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dolegliwości/objawy zgłaszane przez Pacjenta** | | | | |
| **Opis dolegliwości** | **Nasilenie**  **dolegliwości** | **Częstotliwość**  **Występowania dolegliwości** | **Czas trwania dolegliwosci** | **opis działań podjętych w celu wyeliminowania dolegliwości** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alergie, reakcje anafilaktyczne, nietolerancje, nadwrażliwość** | | |
| **opis** | **okoliczności** | **data** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Świadczenia medyczne** | |
| **Hospitalizacje przebyte (Incydenty S-N, złamania, zaostrzenia/ataki astmy/POCHP, wypadki, urazy i inne)** |  |
| **Zmiana lekarza prowadzącego lub przychodni** |  |
| **Dane personelu fachowego przepisującego leki** |  |
| **Skierowania na hospitalizację, rehabilitację,** |  |
| **Inne świadczenia zdrowotne** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa preparatu**  **Dawka, postać** | **Zalecone dawkowanie** | **Stosowane dawkowanie** | **Od kiedy stosowany** | **Wiedza pacjenta o leku** | **Działania niepożądane (jakie, od jak dawna trwają; w jakich okolicznościach wystąpiły; z jakim natężeniem występują)** | **Inne problemy, pytania, wątpliwości, kwestie** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ANALIZA FARMAKOTERAPII PACJENTA** (wg Polypharmacy guidance. Realistic prescribing. 2018. NHS SCOTLAND)

Ogólny zarys kluczowych aspektów polifarmakoterapii do rozważenia podczas przeglądu lekowego. Opracowanie własne na podstawie ,,Polypharmacy guidance. Realistic prescribing. 3rd edition, 2018.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dziedzina | Kroki | Proces | Informacje w odniesieniu do sytuacji pacjenta |
| Cele | 1. **Co jest ważne dla pacjenta?** | **Przyjrzyj się chorobom zdiagnozowanym u pacjenta i zidentyfikuj cele terapeutyczne w kontekście:**   * zarządzania obecnymi chorobami pacjenta * prewencji potencjalnych chorób   (Co jest ważne dla farmaceuty?) |  |
| Potrzeba | 1. **Zidentyfikuj konieczną farmakoterapię** | **Zidentyfikuj niezbędne leki, które nie mogą być zaprzestane bez konsultacji z lekarzem:**   * leki które pełnią ważne funkcje uzupełniające np. lewotyroksyna * leki zapobiegające pogorszeniu się stanu pacjenta np. leki na chorobę Parkinsona, niewydolność serca   **Zidentyfikuj i przeanalizuj potrzebę kontynuacji dla m.in. tych grup leków:**   * ze wskazaniami tymczasowymi * z wyższą niż zwykle dawką podtrzymującą * z niską skutecznością w danym wskazaniu * z niską skutecznością u danego pacjenta |  |
| 1. **Czy pacjent bierze niepotrzebne leki?** | **Zidentyfikuj zbędne leki, suplementy diety itp.** |  |
| Efektywność | 1. **Czy cele terapeutyczne są osiągnięte?** | **Zidentyfikuj potrzebę zintensyfikowania/dodania farmakoterapii w celu osiągnięcia celów terapeutycznych aby:**   * osiągnąć zamierzoną kontrolę objawów * osiągnąć biochemiczne/kliniczne cele * zapobiec postępowi/pogorszeniu się choroby |  |
| Bezpieczeństwo | 1. **Ustal czy pacjent zgłasza działania niepożądane lub czy istnieje ryzyko, że mogą one wystąpić?** | **Zidentyfikuj ryzyka dotyczące bezpieczeństwa farmakoterapii poprzez sprawdzenie:**   * interakcji wszelkiego rodzaju: lek-lek, lek-choroba, lek-suplement * monitorowania farmakoterapii * zjawiska kumulującej się toksyczności leków * ryzyka przypadkowego przedawkowania * występowania działań niepożądanych poprzez sprawdzenie specyficznych objawów, badań krwi (potas, sód). |  |
| Koszt efektywność | 1. **Czy terapia jest koszt efektywna?** | **Zidentyfikuj niepotrzebnie kosztowną farmakoterapię poprzez rozważenie tańszych zamienników**.  Rozważ ostrożnie czy proponowana zamienna terapia jest tak samo efektywna, dostępna cenowo, bezpieczna i wygodna dla pacjenta? |  |
| Dobro pacjenta w centrum naszych działań | 1. **Czy pacjent chce kontynuować przepisaną farmakoterapię?** | **Sprawdź czy pacjent rozumie ustalenia z przeglądu:**   * czy pacjent rozumie dlaczego stosuje swoje leki   **Upewnij się, że wszystkie zaproponowane zmiany uwzględniają pacjenta priorytety i preferencje:**   * czy leki są w formach, które są łatwe do przyjęcia * czy schemat stosowania leków jest dogodny * czy pacjent jest w stanie stosować leki wedle zaleceń   **Uzgodnij i zakomunikuj plan działania:**   * przedyskutuj cele i założenia dalszej opieki * zdecyduj z pacjentem które leki będą kontynuowane a które zaprzestane * powiadom lekarza lub innych przedstawicieli służby zdrowia o zidentyfikowanych problemach i konieczności zmian. |  |

**IPOF / RAPORT PRZEGLĄDU LEKOWEGO DLA LEKARZA/PLAN TERAPEUTYCZNY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IPOF/Plan terapeutyczny/Raport przeglądu lekowego dla lekarza | | | | | |
| **Data przeprowadzenia przeglądu lekowego** | | | **Data utworzenia raportu IPOF** | | |
| **Imię i nazwisko pacjenta** | | | | | |
| **Imię, nazwisko i dane kontaktowe farmaceuty** | |  | | | |
| **Dane placówki w której wykonano przegląd** | |  | | | |
| **Wykryty problem** | **Opis problemu wraz z przyczyną w odniesieniu do sytuacji pacjenta** | **Zalecenia zmian w terapii/Propozycja rozwiązania problemu** | | **Źródła zaleceń/EBM/**  **Uwagi farmaceuty** |
|  |  | **DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ FARMACEUTĘ** | |  |
| **INFORMACJE DLA LEKARZA** | |
|  |  | **DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ FARMACEUTĘ** | |  |
| **INFORMACJE DLA LEKARZA** | |
|  |  | **DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ FARMACEUTĘ** | |  |
| **INFORMACJE DLA LEKARZA** | |