**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** |