## 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

1. **Dane personalne Uczestnika badania:**
   1. Imię i nazwisko ……………………………….

2. Telefon ………………………………………..

1. Wiek Uczestnika w latach …………………….
2. Płeć

□kobieta □mężczyzna

1. Wykształcenie

□podstawowe □ średnie □wyższe

1. Dane kontaktowe (telefon, e-mail, kod pocztowy miejsca zamieszkania)

…………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………..

7. Waga w kg…………………………..

8. Wzrost w cm…………………………

9. Zawód wykonywany…………………

## 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, spacery, ćwiczenia itp.)....................................................................

□tak □nie

Jeśli tak opisać............................................................................................................................

## 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?

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

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

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

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

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

## 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 specjalne - 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 niepożąda**  **nych** | **Inne dodatkowe informacje związane ze**  **stosowaniem leku\*** |
| **Śniadanie** | | | **Obiad** | | | **Kolacja** | | | **Przed snem** |
| **>** | **=** | < | **>** | **=** | < | **>** | = | < |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Wpisaćproszęod 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** | **Dawkas** | **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, preparaty ziołowe, wyroby medyczne)\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa produktu**  **Skład produktu** | **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 iźródła 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/](http://www.rxlist.com/)
* https://[www.drugs.com/](http://www.drugs.com/)
* https://[www.medscape.com/](http://www.medscape.com/)
* https://online.epocrates.com/
* https://farmaceuta.pharmindex.pl/pharmacist/search

Bazy płatne:

* + BNF https://[www.medicinescomplete.com/#/browse/bnf](http://www.medicinescomplete.com/%23/browse/bnf)
  + Drug Monitoring Checker https://[www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=monitoring](http://www.medicinescomplete.com/%23/subscribe?pub=monitoring)
  + Martindale's ADR Checker https://[www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=adr](http://www.medicinescomplete.com/%23/subscribe?pub=adr)
  + Stockley's Drug Interactions https://[www.medicinescomplete.com/#/subscribe?pub=stockley](http://www.medicinescomplete.com/%23/subscribe?pub=stockley)

Bazy bibliograficzne:

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

Standardy terapeutyczne lekarskich towarzystw naukowych