

# Legenda e istruzioni

## Controllo della polimedicazione



Cognome <b>A</b>	Nome	N. paz.
Via	Località	Tel.

Attualmente, il paziente assume 4 o più medicinali al giorno su prescrizione medica e per un periodo prolungato (almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>
Il paziente è d'accordo che il farmacista esegua un controllo della polimedicazione	<input type="checkbox"/>
Data di nascita ____ / ____ / ____	Sesso <input type="checkbox"/> maschio <input type="checkbox"/> femmina

**1. Controllo** ora di inizio: \_\_\_\_\_

	Medicamenti attuali (su prescrizione medica) (questo controllo si basa sulle informazioni del paziente e/o sulla documentazione della farmacia) Continuazione sul foglio 2 <b>B</b>	Necessità di chiarimento per la consulenza sull'uso di questo medicamento		Dimentica talvolta di assumere questo medicamento?	Commenti e altri dati (se necessario continuare sul retro) <b>F</b>
		Sa come <b>D</b>	Sa perché <b>E</b>		
1	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/> <b>C</b>	Consulenza? <input type="checkbox"/> <b>D</b>	Consulenza? <input type="checkbox"/> <b>E</b>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
2	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
3	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
4	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
5	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
6	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
7	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
8	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	
9	Nome/potenza/forma galenica nuovo? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	Consulenza? <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Consulenza? <input type="checkbox"/>	

**Automedicazione** sì  no  Elenco con dosaggio **G**

Commenti/continuazione sul retro

A	Per la valutazione, è possibile tralasciare le 2 righe colorate in alto (potrebbero essere anonime).
B	Elencare qui soltanto i medicinali prescritti dal medico; si annoterà l'automedicazione in una sezione distinta (G).
C	"nuovo" = inizio della terapia, nuova dose, forma galenica oppure nuovo dosaggio (riportare i dati esatti sulla stessa riga alla voce "Commenti").
D	Annotazione del dosaggio: per es. 1-0-1-0, secondo le indicazioni del paziente, eventualmente anche "se necessario". Indicare con una crocetta se per il paziente è necessaria un'ulteriore consulenza (riportare i dettagli nella sezione "2. Consulenza"). Se il paziente possiede una conoscenza sufficiente relativa all'uso/al dosaggio e non è necessaria alcuna consulenza, questo campo rimane vuoto.
E	Qui è possibile annotare l'indicazione riferita dal paziente. Apponendo una crocetta su "Consulenza?" si documenta, se è stata offerta un'ulteriore consulenza (riportare i dettagli nella sezione "2. Consulenza").
F	Documentare qui i dati raccolti durante il controllo. Riportare al punto 2. e 3. le indicazioni relative a "Consulenza" o "Raccomandazioni".

<b>2. Consulenza</b>		<b>H</b>	
<input type="checkbox"/> Consulenza sulla manipolazione		<b>I</b>	
<b>L</b> <b>M</b> <b>N</b>	<b>3. Raccomandazioni</b>	<b>K</b>	
	<input type="checkbox"/> Sistema di dosaggio settimanale del farmacista		Il paziente è d'accordo sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Necessità di supporto intensificato alla compliance		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Necessità di ripetere il controllo tra ..... mesi		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Indirizzare verso un medico/altro specialista		sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Necessità di analisi approfondita (es. interazioni, effetti collaterali, duplicazioni)			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
Data: ____ / ____ / ____ ora della conclusione:		Timbro della farmacia/firma del farmacista:	
Firma del paziente			

H	Documentare qui con parole chiave i dettagli relativi alla necessità della consulenza raccolti nella sezione "1. Controllo": per es. 1) Assumere Eltroxin a digiuno prima di colazione.
I	Elencare qui i problemi relativi alla manipolazione, per es. dividere le compresse, uso di colliri ecc.
K	Commenti relativi al supporto alla compliance: per es. da quando è stato introdotto un sistema di dosaggio settimanale ecc.
L	Documentare qui le azioni concrete concordate con il paziente.
M	"Supporto intensificato alla compliance", per es. attraverso il servizio di SMS o il controllo periodico della manipolazione corretta ecc.
N	"Analisi approfondita" – Riguarda servizi che dovrebbero essere prestati oltre al controllo della polimedicazione.