



FICHA FARMACOTERAPEUTICA
(ACOMPANHAMENTO)



Controle do Tratamento da DMRI / OVR

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____ Documento de
Identidade: _____ Cód. Ident. Planserv: _____ Sexo: _____ Idade: _____
Endereço: _____ Cidade: _____
__CEP: _____ Telefone: _____ Médico(a)
Responsável: _____ CRM/UF: _____
__Telefone: _____

2. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 É portador de DMRI ou OVR?

- () DMRI
() OVR
() Outro, Qual? _____

2.2 É portador de outras doenças? (glaucoma, catarata, etc)

- () Não
() Sim. Quais?

2.3. Está grávida ou amamentando? (Exclusiva para sexo feminino)

- () Não Dispensar e orientar o uso de métodos contraceptivos
() Sim Não dispensar – Entrar em contato com médico assistente

2.4 Apresenta dor ou vermelhidão no olho?

- () Não Dispensar
() Sim Não dispensar – Entrar em contato com médico assistente

2.5 Faz uso de outros medicamentos?

- () Não () Sim. Quais?

Nome	Posologia	Tempo de Tratamento	Possui Prescrição Médica?

3. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Registro de Angiografia Fluoresceína (AFG) e/ou Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

Data	AFG/ OCT		Data	AFG/OCT	
1.			7.		
2.			8.		
3.			9.		
4.			10.		
5.			11.		

6.			12.		

Registro da Acuidade Visual : Tratamento: () OD () OE

DATA	OD		OE		Binocular	
	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/Correção
1. _/_/_						
2. _/_/_						
3. _/_/_						
4. _/_/_						
5. _/_/_						
6. _/_/_						
7. _/_/_						
8. _/_/_						
9. _/_/_						
10. _/_/_						
11. _/_/_						
12. _/_/_						

3.1. Após iniciar o tratamento, houve melhora ou piora na visão? (visão de perto, de longe, se consegue realizar atividades antes não praticadas, como ler, assistir televisão, etc).

3.2 Apresentou sintomas que indiquem reações adversas?

() Não () Sim. Quais?

Reações Adversas:

Efeitos Oftálmicos: desconforto no olho, dor no olho, depósitos no fundo do olho, reação no local da aplicação do olho, secreção do olho com coceira, vermelhidão e inchaço (conjuntivite), aumento da produção da lágrima, pequenas marcas na superfície do olho, inchaço de uma parte do olho (córnea, úvea, pálpebra), perda da visão, flashes de luz com “moscas” volantes, progresso para a perda da visão, bolsa de pus no olho.

Outros Efeitos: cefaléia (2-15%), AVC (0,3-1,2%), anemia (3-9%), artralgia (3-11%), náuseas (2-10%), fibrilação atrial (>5%), aumento da PA (14%), tromboembolismo arterial (1,9-2,6%), bronquite (3-12%), nasofaringite (5-25%), tosse (3-12%), sinusite ((2-10%), infecção TRS.

Data da Entrevista	Reações Apresentadas	Quando?

3.3 Fez uso de algum outro medicamento no período em que apresentou a reação adversa?

() Não () Sim. Quais?

Quando?	Quais?	Dose

4. REGISTRO DA DISPENSAÇÃO

DATA	OD	OE	Medicament o e Quantidade	Lote	Dose	Próxima Dispensação: parecer médico? (sim/não)	Farm/CRF
1. _/_/_							
2. _/_/_							
3. _/_/_							
4. _/_/_							
5. _/_/_							
6. _/_/_							
7. _/_/_							
8. _/_/_							
9. _/_/_							
10. _/_/_							
11. _/_/_							
12. _/_/_							

Observações: _____

Farmacêutico
Responsável: _____ CRF/UF: _____

Telefone: _____ Data ___/___/___ Assinatura e Carimbo
