

Nombre y apellidos:

.....

CIP:

Hoja farmacoterapéutica

Alergias

.....

Cuidador

Nombre y apellidos:

Dirección:

Código postal: Población:

Teléfonos: Relación con el paciente:

¿Qué es lo que más le preocupa con respecto a su salud?

La mayoría de los pacientes tienen dificultades en tomar todos sus medicamentos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?

Otras preocupaciones

Bolsa con medicamentos

Fecha de revisión

Profesional que cumplimenta

1 Medicamento (p. activo) Posología Incidencias

1. ¿desde cuándo?

5. ¿cuándo lo toma?

9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?

2. ¿hasta cuándo?

6. ¿cuánto?

10. ¿y si alguna le sienta mal?

3. ¿para qué?

7. ¿cómo se lo toma?

11. ¿cómo le va?

4. ¿quién lo recetó?

8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?

12. algún problema

Conoce: *insuf.* *suf.* *bien*

Adherencia: *suf.* *insuf.*

Retira *si* *no*

Tto. actual: *si* *no*

2 Medicamento (p. activo) Posología Incidencias

1. ¿desde cuándo?

5. ¿cuándo lo toma?

9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?

2. ¿hasta cuándo?

6. ¿cuánto?

10. ¿y si alguna le sienta mal?

3. ¿para qué?

7. ¿cómo se lo toma?

11. ¿cómo le va?

4. ¿quién lo recetó?

8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?

12. algún problema

Conoce: *insuf.* *suf.* *bien*

Adherencia: *suf.* *insuf.*

Retira *si* *no*

Tto. actual: *si* *no*

3	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

4	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

5	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

6	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

7	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

8	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

9	Medicamento (p. activo) _____	Posología _____	Incidencias _____		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

10	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

11	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

12	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

13	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

14	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

15	Medicamento (p. activo)	Posología	Incidencias		
1. ¿desde cuándo?	5. ¿cuándo lo toma?	9. si se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlo?			
2. ¿hasta cuándo?	6. ¿cuánto?	10. ¿y si alguna le sienta mal?			
3. ¿para qué?	7. ¿cómo se lo toma?	11. ¿cómo le va?			
4. ¿quién lo recetó?	8. ¿se olvida alguna vez de tomarlo?	12. algún problema			
Conoce: <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i>			Adherencia: <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i>	Retira <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>	Tto. actual: <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i>

$$\text{Adh} = \frac{\text{N}^\circ \text{ med adh}}{\text{N}^\circ \text{ med total}} \times 100$$

$$\text{Adh} = \frac{\quad}{\quad} \times 100$$

Si Adh <80% se recomienda ceder SPD

¿Se cede SPD?: si no Tipo de SPD: _____

Responsable de la preparación del SPD: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfonos: _____

¿Se explica el correcto funcionamiento del SPD?: si no

Observaciones y problemas:

Incidencias generales:

Seguimiento