

Comunicación de problemas relacionados con los medicamentos

Enfermero a: _____ farmacéutico a: _____ médico: _____
 Paciente: _____ C.I.P.: _____ HC.: _____
 Edad: _____ SPD: _____ Alergias/otras: _____

Sospechas de problemas medicamentos (PRM) / Resultado negativo de la medicación (RNM)

1.- ¿ES NECESARIO?:		
<input type="checkbox"/> El paciente no toma un medicamento que necesita por un problema de adherencia (olvidos, comprensión instrucciones, dificultad administración, etc.)		<input type="checkbox"/> Manifestado
<input type="checkbox"/> El paciente refiere un problema de salud no tratado.		<input type="checkbox"/> Riesgo potencial
2.- ¿ES EFECTIVO?		
<input type="checkbox"/> Alguna sospecha de ineffectividad : _____		<input type="checkbox"/> Manifestado
		<input type="checkbox"/> Riesgo potencial
3.- ¿EXISTE ALGUNA DUPLICIDAD?		
<input type="checkbox"/> Mismo principio activo.		<input type="checkbox"/> Manifestado
<input type="checkbox"/> Fármacos para un mismo problema de salud y que no formen parte de una estratégica terapéutica		<input type="checkbox"/> Riesgo potencial
4.- ¿ES SEGURO?		
<input type="checkbox"/> El paciente presenta una alergia	<input type="checkbox"/> El paciente presenta una RAM	<input type="checkbox"/> Manifestado
<input type="checkbox"/> Otra inseguridad: _____		<input type="checkbox"/> Riesgo potencial
5.- ¿LA FORMA FARMACÉUTICA ES ADECUADA?		
<input type="checkbox"/> El paciente está sondado (enterales).		<input type="checkbox"/> Manifestado
<input type="checkbox"/> Al paciente se le tritura la medicación.		<input type="checkbox"/> Riesgo potencial

Medicamentos involucrados

Principio activo	Dosis	Pauta	Observaciones
1			
2			
3			

Aclaración:

Propuesta de actuación:

En _____ a _____ de _____ de 20__

La enfermera

El farmacéutico/a

Fdo: _____

Fdo: _____