

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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |  |   |   |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> |                                      |   | <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> | <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> | <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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                                    |             |
| <b>Conoce:</b> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>bien</i> <b>Adherencia:</b> <input type="checkbox"/> <i>suf.</i> <input type="checkbox"/> <i>insuf.</i> <b>Retira</b> <input type="checkbox"/> <i>si</i> <input type="checkbox"/> <i>no</i> <b>Tto. actual:</b> <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