NOWY LEK
OPIEKA FARMACEUTYCZNA

NOWY LEK
Spotkanie ☐ interwencyjne / ☐ kontrolne (zaznacz właściwe)

Imię i nazwisko farmaceuty	
Imię i nazwisko pacjenta	
Kontakt do farmaceuty	adres:..... telefon:.....
Konsultacja	☐ spotkanie stacjonarne ☐ rozmowa telefoniczna
Data wizyty	
Inne / nowe choroby, dolegliwości pacjenta	
Planowana data kolejnej wizyty	..... ☐ spotkanie stacjonarne ☐ rozmowa telefoniczna

Pytania pacjenta związane z nowym lekiem

Czy pacjent rozpoczął stosowanie nowego leku?

☐ NIE, powody wskazane przez pacjenta:	
☐ TAK, data rozpoczęcia stosowania nowego leku: wyliczona liczba dni stosowania leku:	

Pytania do pacjenta, który rozpoczął już stosowanie nowego leku:

Czy wie Pani/Pan w jakim celu stosowany jest nowy lek?	☐ TAK	☐ NIE, dlaczego?
Czy uważa Pani/Pan, że nowy lek działa?	☐ TAK	☐ NIE, dlaczego?
Czy odczuwa Pani/Pan niepożądane objawy, dolegliwości, których występowanie wiąże ze stosowaniem nowego leku?	☐ TAK, jakie?	☐ NIE
Czy stosuje Pani/Pan nowy lek zgodnie ze zleconym dawkowaniem?	☐ TAK	☐ NIE, dlaczego?
Czy ma Pani/Pan problem/y z przyjmowaniem nowego leku?	☐ TAK, jaki/jakie?	☐ NIE
Czy zdarzyło się Pani/Panu pominąć dawkę nowego leku?	☐ TAK, jak często się to zdarza? Dlaczego?	☐ NIE
Jak Pani/Pan radzi sobie ze stosowaniem nowego leku?		
Inne informacje		

Problemy zgłaszane na poprzedniej wizycie

Problemy z poprzednich wizyt	Wdrożenie proponowanych rozwiązań	Czy rozwiązanie pomogło?	Dodatkowe informacje
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	
	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	

Działania farmaceuty podczas wizyty - Raport

Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe stawiając znak X

☐	Edukacja pacjenta na temat NOWEGO LEKU
☐	Wręczenie ulotki edukacyjnej na temat NOWEGO LEKU
☐	Wręczenie ulotki edukacyjnej na temat choroby:
☐	Rozmowa na temat zgłaszanych przez pacjenta problemów związanych z nowym lekiem
☐	Rozmowa na temat zgłaszanych przez pacjenta działań niepożądanych związanych z nowym lekiem
☐	Zgłoszenie działania niepożądanego / działań niepożądanych do odpowiednich organów, jakich:
☐	Udzielenie informacji na dodatkowe pytania pacjenta
☐	Zakończenie usługi NOWY LEK z powodu:
☐	Inne, jakie?

Zaproponowane przez farmaceutę rozwiązania problemów związanych ze stosowaniem nowego leku przez pacjenta

Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe stawiając po lewej X oraz uzupełnić szczegóły zaproponowanego rozwiązania wraz ze wskazaniem osób/osoby odpowiedzialnej za wdrożenie rozwiązania:
P - zmiana zaproponowana przez farmaceutę do wprowadzenia przez pacjenta
L - zmiana zaproponowana przez farmaceutę do wprowadzenia przez lekarza (w sytuacji kiedy farmaceuta nie może dokonać zmian)

☐	Zmiana leku na inny:	☐ P	☐ L
☐	Zmiana dawkowania na:	☐ P	☐ L
☐	Zmiana pory stosowania na:	☐ P	☐ L
☐	Zmiana postaci leku na:	☐ P	☐ L
☐	Zmiana dawki leku na:	☐ P	☐ L
☐	Samokontrola / kontrola parametrów zdrowotnych:	☐ P	☐ L
☐	Skierowanie do usługi PRZEGLĄDU LEKOWEGO	☐ P	☐ L
☐	Skierowanie do usługi:	☐ P	☐ L
☐	Inne, jakie?	☐ P	☐ L
OPCJONALNIE: dodatkowe informacje do wizyty			