



## PREMIOS FORO AF-FC 2018

### MODELO DE CASO

### SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE:

1<sup>er</sup> Apellido:

2<sup>o</sup> Apellido:

Nombre:

DNI:

Domicilio (de la farmacia) C/:

Localidad:

Provincia:

Código postal:

Teléfono:

E-mail:

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de Vd. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a Medea, Medical Education Agency, a mantener y tratar en los ficheros de su responsabilidad, los datos de su persona con la finalidad de facilitar la gestión de los Premios Foro AF-FC y remitirle información relativa a los mismos. Los datos solicitados son de carácter facultativo, si bien su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dichos ficheros y la imposibilidad de tratar los datos para la finalidad descrita y, por tanto, la imposibilidad de prestarle el referido servicio. Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable, y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de Medea, Medical Education Agency (Calle María de Molina, nº54, planta 2, 28006 Madrid). Medea, Medical Education Agency, se compromete a la utilización de los datos incluidos en sus ficheros, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.

Con la colaboración de:



FORO DE  
ATENCIÓN  
FARMACÉUTICA  
Farmacia Comunitaria



# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO

### SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

#### PRESENTACIÓN INICIAL DEL CASO

*Realice una breve descripción de los antecedentes del caso, el motivo por el que ha ofrecido el Servicio al paciente por primera vez o si ya lleva tiempo en el mismo, si es un caso procedente de otro Servicio (Indicación Farmacéutica o Dispensación), etc. (Máx. 150 palabras)*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO

### SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

#### 1ª visita: ESTADO DE SITUACIÓN inicial

Tras realizar la primera entrevista farmacéutica y revisada la bolsa de medicamentos, la receta electrónica, etc., describa los problemas de salud (PS) y la situación actual del paciente. Aclare las circunstancias de interés (clínicas, sociales, personales, medicamentos utilizados...) relacionadas con el principal PS, así como el grado de conocimiento, adherencia, y si ha tenido algún cambio o algún problema (percepción de seguridad y efectividad) con el/los tratamientos.

Resuma el estado de situación inicial en la siguiente tabla resumen con todos los PS del paciente, los medicamentos que toma y cómo los usa para tratar los PS.

Tabla resumen				Fecha			
Sexo:		Edad:		IMC:		Alergias:	
Embarazo:							
Problemas de Salud				Medicamentos			
Inicio	PS	Preocupación	Control	Inicio	Principio Activo	Pauta prescrita	Pauta usada
Fecha		Parámetros biológicos					

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO

### SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

#### ESTUDIO DEL CASO

*Valore los tratamientos y PS indicados en el apartado “Estado de situación”. Apoye la información con las referencias bibliográficas que consulte en dicha valoración y enumérelas siguiendo las normas de Vancouver. (Máx. 10 referencias).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

### EVALUACIÓN: ESTADO DE SITUACIÓN FINAL

Haga la interpretación o juicio que considere oportuno de la situación del paciente y comente los PRM/RNM que haya detectado (Máx. 100 palabras).

PROBLEMAS DE SALUD				TRATAMIENTOS		EVALUACIÓN					
Fecha de inicio	Problema de Salud	Preocupación	Control	Fecha de inicio	Medicamentos (principio activo, dosis por toma)	PRM	N	E	S	RNM	
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe							<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe							<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe							<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe							<input checked="" type="checkbox"/> RNM <input checked="" type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sabe							<input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> Riesgo de RNM <input type="checkbox"/> No RNM	<input type="checkbox"/> No Necesidad <input type="checkbox"/> Necesidad <input type="checkbox"/> Inefectividad <input type="checkbox"/> Inseguridad

Con la colaboración de:



FORO DE  
ATENCIÓN  
FARMACÉUTICA  
Farmacia Comunitaria



# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO

### SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

#### INTERVENCIÓN

*Explique razonadamente el Plan de Actuación: objetivos a corto, medio y largo plazo (si las hubiera), la propuesta y puesta en marcha de las intervención/es realizada/s. (Máx. 100 palabras).*

#### RESULTADOS

*Describa los resultados de la/s Intervención/es realizadas/ propuestas en el Plan de Actuación. (Máx. 100 palabras).*

#### COMENTARIOS

*Expresé cuál es su opinión profesional tras haber terminado el caso. (Máx. 100 palabras).*

Con la colaboración de:





# PREMIOS FORO AF-FC 2018

## MODELO DE CASO SERVICIO DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

### BIBLIOGRAFÍA

*Siguiendo las normas de Vancouver. (Máx. 10 referencias).*

Con la colaboración de:

