



FICHA FARMACOTERAPÊUTICA DMRI / OVR



Controle do Tratamento da DMRI / OVR

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
Documento de Identidade: _____ Cód. Ident.Planserv: _____
Sexo: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____
Médico(a) Responsável: _____
CRM/UF: _____ Telefone: _____

2. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 É portador de DMRI?

- () Não Não dispensar
() Sim Continua entrevista

2.2 É portador de OVR?

- () Não Não dispensar
() Sim Continua entrevista

2.3 Está grávida ou amamentando? (Exclusiva para sexo feminino)

- () Não Dispensar e orientar o uso de métodos contraceptivos
() Sim Não dispensar – Entrar em contato com médico assistente

2.4 Apresenta dor ou vermelhidão no olho?

- () Não Dispensar
() Sim Não dispensar – Entrar em contato com médico assistente

2.5 É portador de outras doenças? (glaucoma, catarata, etc)

- () Não
() Sim. Quais? _____

2.6 Faz uso de outros medicamentos?

- () Não () Sim. Quais?

Nome	Posologia	Tempo de Tratamento	Possui Prescrição Médica?

2.7 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

() Não () Sim. Quais?

Nome	Posologia	Reações Apresentadas

3. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Registro da Acuidade Visual

Tratamento: () OD () OE

	OD		OE		Binocular	
	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/ Correção	S/ Correção	C/
Inicial						
1º mês						
2º mês						
3º mês						
4º mês						
5º mês						
6º mês						
7º mês						
8º mês						
9º mês						
10º mês						
11º mês						
12º mês						

Registro de Angiografia Fluoresceína (AFG) e/ou Tomografia de Coerência Óptica (OCT)

Data	AFG/OCT	Resumo Laudo

3.1 Após iniciar o tratamento, houve melhora ou piora na visão? (visão de perto, de longe, se consegue realizar atividades antes não praticadas, como ler, assistir televisão, etc).

Observações: _____

Farmacêutico Responsável: _____

CRF/UF: _____

Telefone: _____

Data

Assinatura e Carimbo