

**Hospital Universitário de Santa Maria**  
**Centro de Transplante de Medula Óssea**  
**Formulário Farmacoterapêutico de Avaliação Pré-TMO**

**Informações do Paciente**

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Data da avaliação: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nº SAME: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos  
Profissão: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Previsão de TMO: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Acompanhante presente na consulta: \_\_\_\_\_

**1. Condições de Saúde e Histórico**

Possui alguma comorbidade?  Não  Sim.  
Quais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alergias medicamentosas:  Não  Sim. Qual(is)?

\_\_\_\_\_

Reação apresentada: \_\_\_\_\_

Já teve reação grave a medicamentos quimioterápicos?  Não  Sim. Qual(is)?

\_\_\_\_\_

**2. Uso de Medicamentos**

Faz uso de medicamentos atualmente?  Não  Sim. Especifique abaixo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos: Dose | Frequência | Horário | Com/sem água? | Jejum?

Medicamentos para dor: \_\_\_\_\_

Medicamentos para febre: \_\_\_\_\_

Medicamentos para náuseas/vômitos: \_\_\_\_\_

Medicamentos para alergia: \_\_\_\_\_

Já utilizou corticoides, antibióticos ou imunossupressores por tempo prolongado?  Não  Sim. Quais?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Já interrompeu algum tratamento por conta própria?  Não  Sim. Motivo: \_\_\_\_\_

**3. Organização do Tratamento**

Precisa de auxílio no uso dos medicamentos?  Não  Sim. Quem? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mora com alguém que auxilia com os medicamentos?  Não  Sim. Quem?

\_\_\_\_\_

Como os medicamentos são organizados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unidade de saúde de referência: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Como os medicamentos são armazenados em casa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já esqueceu de tomar algum medicamento?  Não  Sim. Com que frequência? \_\_\_\_\_

Sente efeitos colaterais que o fazem querer parar a medicação?  Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tem dificuldade para retirar ou comprar medicamentos?  Não  Sim. Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Uso de Produtos Naturais e Suplementos

Utiliza chás, plantas ou produtos naturais?  Não  Sim. Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frequência/quantidade: \_\_\_\_\_

Faz uso de vitaminas ou suplementos?  Não  Sim. Quais: \_\_\_\_\_

#### 5. Hábitos de Vida e avaliação

Ingestão média de água por dia: \_\_\_\_\_

Tabagismo:  Sim  Não

Etilismo:  Não  Sim  Socialmente

Horas de sono por noite: \_\_\_\_\_

Horários habituais das refeições: \_\_\_\_\_

Já realizou avaliação odontológica pré-TMO?  Sim  Não

Está com alguma infecção ativa ou suspeita no momento?  Sim  Não. Qual? \_\_\_\_\_

Faz uso de protetor solar?  Sim  Não  Somente Facial  Corporal

#### 6. Avaliação Farmacêutica

Problemas relacionados a medicamentos (PRMs) identificados:

Adesão  Sintomas não tratados  Interações medicamentosas  Uso contraindicado

Duplicidade de tratamento  Dose inadequada  Dificuldade no entendimento da Posologia

Administração incorreta  Armazenamento  Dificuldade de acesso  Nenhum dos anteriores foi identificado

\_\_\_\_\_  
Responsável pelo atendimento: