

Ficha Farmacoterapêutica

Fenilcetonúria - Fórmula de Aminoácidos Isenta de Fenilalanina (FAIF)

1. DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: Masculino Feminino Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

Médico responsável: _____ CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: () _____

2. AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1. Faz uso de algum medicamento ? não sim → Quais?

| Nome comercial | Nome genérico | Posologia |
|----------------|---------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

3. MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

| | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° mês | 5° mês | 6° mês | 7° mês | 8° mês | 9° mês | 10° mês | 11° mês | 12° mês |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Data | | | | | | | | | | | | |
| Idade | | | | | | | | | | | | |
| Peso | | | | | | | | | | | | |

| Exame | 1° mês | 2° mês | 3° mês | 4° mês | 5° mês | 6° mês |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Data | | | | | | |
| Dosagem de FAL | | | | | | |

| Exame | 7° mês | 8° mês | 9° mês | 10° mês | 11° mês | 12° mês |
|----------------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Data | | | | | | |
| Dosagem de FAL | | | | | | |

* Após primeiro ano de tratamento, as dosagens devem ser feitas a cada 3 meses.

3.1 Apresentou alguma doença do decorrer do tratamento? não sim → Quais?

| Data | Doenças |
|------|---------|
| | |
| | |
| | |

3.2. Começou a fazer uso de algum medicamento? não sim → Quais?

| Data | Nome comercial | Nome genérico | Posologia | Tempo de uso |
|------|----------------|---------------|-----------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3.3 Apresentou reações alérgicas a medicamentos?
 não sim → Quais? A que medicamentos?

| Nome comercial | Nome genérico | Posologia | Reações apresentadas |
|----------------|---------------|-----------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. REGISTRO DA DISPENSAÇÃO

| Data | Nome comercial da dieta | Quantidade |
|------|-------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Observações:

