

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| NOME: | | PRONTUÁRIO: |
| IDADE: | SEXO: | ENFERMARIA/LEITO: |
| INTERVENÇÃO Nº: () | | POSSÍVEIS PRM(Problemas relacionados a Medicamentos) |
| (1)-INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA | (9)-RECONSTITUIÇÃO | (16) - DESCALONAMENTO DE ANTIMICROBIANOS |
| (2)-AJUSTE DE DOSE | (10)-DILUIÇÃO | (17) - MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO SUBSTITUIR |
| (3)-POSOLOGIA | (11)-APRAZAMENTO | (18) - CONSIDERAR INFORMAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS |
| (4)-ADICIONAR MEDICAMENTO | (12)-TEMPO DE INFUSÃO | (19) - AJUSTE DE ELETRÓLITOS |
| (5)-RETIRAR MEDICAMENTO | (13)-MEDICAMENTO VIA SONDA | (20) - RECONCILIAÇÃO |
| (6)-SUBSTITUIR MEDICAMENTO | (14)- FORMA FARMACEUTICA | (21)- INCOMPATIBILIDADE EM Y |
| (7)-VELOCIDADE DE INFUSÃO | (15) - INFORMAÇÃO DE CULTURAS | (22)-OUTROS |
| (8)-VIA DE ADMINISTRAÇÃO | | |
| MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS/MANEJO | | |
| | | |
| INTERVENÇÃO: | | |
| ACEITA () NÃO ACEITA : SEM JUSTIFICATIVA () COM JUSTIFICATIVA () | | |
| JUSTIFICATIVA: | | |
| | | |
| ASSINATURA DO PROFISSIONAL RECEPTOR | ASSINATURA DO FARMACEUTICO | |
| JOÃO PESSOA, _____, de _____ de 20____ | | |