

ANEXO II: RECOGIDA DATOS HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICO- ENTREVISTA AL PACIENTE FECHA:
FARMACEUTICO:

NOMBRE:	EDAD:	SEXO:	PESO:	ALERGIA/INTO	TELEFONO
NHC:	MOTIVO CONSULTA:	ORIENTACION DIAGNÓSTICA:		MEDICO RESPONSABLE	

Tolerancia digestiva: DIETA ABSOLUTA ;DIETA ENTERAL ;DISFAGIA . Medico primaria:

Fuente información: PACIENTE .(COLABORADOR , CONSCIENTE), CUIDADOR/FAMILIAR (COLABORADOR), HOJA MEDICACION ,

MEDICAMENTOS , HTRIA URGENCIAS , HTRIA ALTA , OTROS_____

ENFERMEDADES PROBLEMAS SALUD	MEDICACIÓN	FECHA INICIO	DOSIS	PAUTA	VIA	LO TOMA?	COMO LO TOMA?	COMO LE VA?	ALGUN PROBLEMA?	OBSERVACIONES E INTERVENCIONES REALIZADAS

Otros Medicamentos/Productos:

- OTC (estreñimiento, alergias, pelo, pies, ojos...):
- Hierbas:
- Homeopatía:
- Dermocosmética:
- Vitaminas:
- Suplementos dietéticos:
- Otros