

MATERIAL DE APOIO

**FICHA DE  
ACOMPANHAMENTO  
DO PACIENTE -  
FORMATO TABELA**

## SEÇÃO A: CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Campo	Preenchimento
Nome paciente	
Data Nascimento	
Diagnóstico	
Produto Utilizado	
Data Início Tratamento	

## SEÇÃO B: CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

### CONSULTA 1 - BASELINE

Parâmetro	Valor	Observações
Data		
Peso (kg)		
Pressão Arterial	____ / ____ mmHg	
Frequência Cardíaca	_____ bpm	
Escala Dor (0-10)		
Qualidade Sono (0-10)		
Humor/Ansiedade (0-10)		
Funcionalidade (0-10)		
Dose Atual		
Frequência		
Efeitos Adversos		
Medicações Concomitantes		

## CONSULTA 2 - SEMANA 2

Parâmetro	Valor	Variação	Observações
Data			
Peso (kg)			
Pressão Arterial	____ / ____ mmHg		
Frequência Cardíaca	_____ bpm		
Escala Dor (O-10)		____%	
Qualidade Sono (O-10)		____%	
Humor/Ansiedade (O-10)		____%	
Funcionalidade (O-10)		____%	
Dose Atual			
Frequência			
Efeitos Adversos			
Ajustes Realizados			

## CONSULTA 3 - MÊS 1

Parâmetro	Valor	Variação	Observações
Data			
Peso (kg)			
Pressão Arterial	/ mmHg		
Frequência Cardíaca	bpm		
Escala Dor (O-10)		%	
Qualidade Sono (O-10)		%	
Humor/Ansiedade (O-10)		%	
Funcionalidade (O-10)		%	
Dose Atual			
Frequência			
Efeitos Adversos			
Exames Laboratoriais			

## SEÇÃO C: AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA



Critério	Baseline	Semana 2	Mês 1	Mês 3	Mês 6
Redução Dor $\geq$ 30%	N/A	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Melhora Sono	N/A	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Redução Ansiedade	N/A	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Melhora Funcional	N/A	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Satisfação Paciente	N/A	___/10	___/10	___/10	___/10

## SEÇÃO D: MONITORIZAÇÃO DE SEGURANÇA

Parâmetro	Baseline	Mês 1	Mês 3	Mês 6	Observações
Hemograma					
Função Hepática (ALT)					
Função Hepática (AST)					
Função Renal (Creatinina)					
Glicemia					



HUNIQ  
Health

PRONTO PARA VOCÊ:

Material editável grátis  
disponível por tempo limitado

