

COMUNICACIÓN CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**DATOS PACIENTE**

--

DATOS TRATAMIENTO

--	--

CONTROL COMPONENTE

Medicación	
Medidas higiénico-dietéticas	
Seguimiento visitas	
Otros (esp.):	

TIPO

Primario (I1)	
Duración tratamiento (IDT)	
Magnitud dosis (IMD)	
Frecuencia dosis (IFD)	
Intervalo dosis (IID)	
Asistencia visitas (IAV)	
Dieta (ID)	
Ejercicio (IE)	

POSIBLE CAUSA

Frecuencia elevada administración	
Politerapia	
Caracteres organolépticos desagradables	
Vía administración	
Reacción Adversa	
Coste elevado	
Actitudes/creencias paciente	
Enfermedad psiquiátrica	
Encaje medicación estilo de vida	
(No) comprensión por paciente	
Olvido	
Falta información/instrucciones tratamiento	
Educación insuficiente	
Discapacidad y/o trastornos coordinación	
Otras (esp.):	

INTERVENCIONES

Sin intervención	
Disminución frecuencia administración	
Adecuación a estilo vida paciente	
Consejo/Educación	
Seguimiento/Monitorización	
Instrucciones/Materiales	
Sistemas de recuerdo	
Acondicionamiento medicación	
Financiación/Reembolso	
Incentivos económicos	
Autocontrol por paciente	
Otras:	

EVALUACIÓN

Morinsky-Green	
Conocimiento enfermedad (Batalla)	
Autocumplimiento	
Recuento	
Asistencia a visitas	

OBSERVACIONES

--

RECOMENDACIONES:

--

Responsable Atención Farmacéutica:
Fecha y Firma

--