

Indywidualny Plan Opieki Farmaceutycznej – IPOF					
Pacjent KOD		Wykształcenie		Samoocena stanu zdrowia	
Wiek		<input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe		<input type="checkbox"/> Bardzo dobra	
Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> Podstawowe		<input type="checkbox"/> Dobra	
Waga		<input type="checkbox"/> Zawodowe		<input type="checkbox"/> Średnia/Umiarkowana	
Wzrost		<input type="checkbox"/> Średnie		<input type="checkbox"/> Zła	
Liczba lekarzy sprawujących stałą opiekę nad pacjentem		<input type="checkbox"/> Wyższe			
Jakie specjalizacje		Główne rozpoznania		Uczulenia	
Papierosy		Alkohol			
Jeśli TAK		Jeśli TAK			
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Codziennie		<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Codziennie			
<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Okazjonalnie		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Okazjonalnie			
Dane subiektywne		Dane obiektywne			
Schorzenia oraz dolegliwości pacjenta – o charakterze ostrym i przewlekłym, zarówno aktualne, jak i przeszłe					
Informacje na temat stanu czynnościowego układów narządów, które mogą mieć wpływ na farmakokinetykę leków w ustroju					
Ocena poziomu stabilizacji problemów medycznych pacjenta					
Informacje o sposobie odżywiania i zaleconych dietach					
Opinia pacjenta na temat wpływu problemów medycznych na jego sprawność i jakość życia					
Ocena stanu wiedzy pacjenta na temat występujących u niego problemów medycznych					
Ocena udziału pacjenta w procesie leczenia (udział bierny lub aktywny)					

Wywiad farmakologiczny	
Pobierany preparat farmaceutyczny	
Data początku pobierania leku/ preparatu	
Kategoria PRODUKT LECZNICZY <input type="checkbox"/> Rp. <input type="checkbox"/> OTC <input type="checkbox"/> Produkt leczniczy roślinny PREPARAT <input type="checkbox"/> Suplement diety <input type="checkbox"/> Wyrób medyczny <input type="checkbox"/> Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego <input type="checkbox"/> Inne	Źródła pochodzenia <input type="checkbox"/> Apteka/punkt apteczny SPRZEDAŻ POZAAPTECZNA <input type="checkbox"/> Sklep zielarsko-medyczny <input type="checkbox"/> Ogólna sieć handlowa/sklep ogólnodostępny SPRZEDAŻ POZAAPTECZNA <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sąsiedzi/rodzina/znajomi <input type="checkbox"/> Inne (jakie? Proszę wymienić):
Sposób pobierania	
Stopień przestrzegania (<i>compliance</i>)	
Problemy związane ze stosowaniem leków <input type="checkbox"/> Stan nieleczony <input type="checkbox"/> Niewłaściwy lek/preparat <input type="checkbox"/> Za wysoka dawka leku/preparatu <input type="checkbox"/> Niska podatność pacjenta na zalecenia <input type="checkbox"/> Problemy z pobieraniem leku/preparatu <input type="checkbox"/> Zbędna terapia <input type="checkbox"/> Za niska dawka leku/preparatu <input type="checkbox"/> Działania niepożądane <input type="checkbox"/> Interakcje	Interwencja farmaceutyczna <input type="checkbox"/> Dodał lek/preparat <input type="checkbox"/> Odjął lek/preparat <input type="checkbox"/> Zmiana postaci leku/preparatu <input type="checkbox"/> Zmiana pory pobierania <input type="checkbox"/> inne działania (podać jakie)
Efekt terapeutyczny (informacje obiektywne – np. wyniki badań laboratoryjnych)	
Efekt terapeutyczny (informacje subiektywne – odczucia pacjenta)	
Działania niepożądane, reakcje uczuleniowe, reakcje idiosynkratyczne, toksyczne	
Ocena wiedzy pacjenta na temat pobieranych preparatów	

Ocena					
Data	Rozpoznanie	Lek/preparat – problem terapeutyczny	Cel do osiągnięcia	Obecny stan	Interwencja farmaceuty
	Zalecenia farmaceuty				