|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Wstaw logo* | *Data, Miejscowość* | | |
| *Prywatna Praktyka Farmaceuty*  *Nazwa*  *Ulica*  *Kod i miasto*  *Tel.* *NIP opcjonalnie*  *Mail:* | | |
| **KARTA WIZYTY**  *Prywatna* | | | |
| PACJENT  Imię i nazwisko  Adres zamieszkania  Numer kontaktowy  PESEL | | Numer konsultacji:  Data konsultacji:  Konsultant:  PWZ | |
| Wywiad | | | |
|  | | | Potrzeby pacjenta” |
| Zidentyfikowane problemy lekowe (PCNE v 9.1): | Zidentyfikowane leki do deprescription: BRAK | Uwagi:  BRAK |
| Przebieg konsultacji | | | |
| *Świadczone usługi* | *Opisz po kolei co zrobiłeś/aś w ramach konsultacji. To może być krótka informacja w punktach, to może być dłuższy opis. Możesz w tej kolumnie opisać też przegląd lekowy i interakcje. Skorzystaj z “Dodaj wiersz poniżej” żeby dodawać kolejne sekcje.* | | |
| *Kolejna usługa* | *Kolejna usługa. Ja w tych sekcjach opisuję kolejne po sobie leki w laktacji.* | | |
| *Kolejna usługa* | *I tak dalej. Nie chcesz tych sekcji? Zaznacz ten wiersz i skorzystaj z opcji prawym przyciskiem myszy “usuń wiersz”.* | | |
| Proponowane interwencje lub zalecenia | | | |
| Rekomendacja | *Opisz co proponujesz do rozważenia w tej konkretnej sytuacji. Możesz posiłkować się PCNE DRP 9.1, gdzie są opisane różne interwencje. Nie zapomnij ustalić follow up i wpisać w kalendarz.* | | |
| Zrealizowane usługi | | | |
| *Wpisz, jakie usługi zostały zrealizowane, np: Przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego, Konsultacja Farmaceutyczna, Informacja o leku,*  *Ocena bezpieczeństwa farmakoterapii (na podstawie Ustawy o Zawodzie Farmaceuty z 10 grudnia 2020 r., Art. 4).* | | | |
| Źródła: | | | |
| *Warto podać źródła, na których pracujesz* | | | |
| *Świadczeniodawca: Tutaj powtórz to samo co na początku - dane podmiotu świadczącego usługę.* | | | |