

# CUESTIONARIO SEGURIDAD USO DE MEDICAMENTOS



Agencia Sanitaria Costa del Sol  
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

Paciente  Cuidador P.

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ N°HªCª: \_\_\_\_\_

Enfermero/a responsable de la encuesta: \_\_\_\_\_

Este formulario es complementario a la necesidad de SEGURIDAD de la valoración de enfermería, por lo tanto **forma parte de la entrevista con el paciente/cuidador**, será realizado por la enfermera de referencia. El paciente no se lo llevará al domicilio.

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SEGURIDAD de CUIDADORES Y PACIENTES DEPENDIENTES EN HEMODIÁLISIS

### CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO / FARMACOLÓGICO

#### USO SEGURO DEL MEDICAMENTO:

##### 1.-ALERGIAS:

Medicamentosas  No conocidas  
¿Cuáles?.....  
Otras:  Ropa  Animales  Alimentos  Productos higiénicos

##### 2.-¿Necesita ayuda para la toma de la medicación? Sí No

En caso de **NECESITAR AYUDA**  
¿Quién la controla? .....  
¿Podría el paciente aprenderla? Sí  No

##### En caso de **NO NECESITAR AYUDA:**

- La identifica por el nombre Sí  No
- Por colores o tamaño Sí  No
- Por cajas Sí  No
- La lleva apuntada en las cajas/cuaderno. Sí  No
- Coincide el fármaco con la caja adecuada Sí  No
- Coincide la dosis del fármaco con la anotada en la pegatina informativa Sí  No
- Identifica correctamente el momento en que debe tomar la medicación (Desayuno, almuerzo, cena, cada X horas....) Sí  No
- Mira las anotaciones prescritas por el facultativo cada vez que toma la medicación Sí  No

##### 3.-¿ Conoce para qué sirven los medicamentos que está tomando? Sí No

Identificar cuales no conoce:.....

¿Cuáles son los medicamentos en los que se confunde?.....

##### 4.-¿Olvida en alguna ocasión la toma de la medicación? Sí No Con frecuencia

##### 5.-¿ Toma la dosis pautadas?

Si de todos  De algunos  De ninguno

##### 6.-¿Cuáles son los medicamentos en los que cambia la dosis?

Antiinflamatorios  Simtron  Insulina  Otros .....

##### 7.-¿Existe alguna medicación que le cause molestias o síntomas? Diga que medicación.

##### 8.- ¿Presenta algún tipo de dolor? Agudo Crónico Crónico con agudizaciones Valor escala EVA= \_\_\_\_\_

Localización MMII  Espalda  Abdominal  Otros   
Características: Punzante  Irradiante  Intermittente  Fijo  Otros .....

¿Necesita tomar medicamentos para disminuir el dolor?  Si  No

Paracetamol  Antiinflamatorios  Nolotil  Mórficos  Otros \_\_\_\_\_

Frecuencia:.....Cantidad:.....