

APÊNDICES

Apêndice A

Entrevista realizada com: () Paciente

() Cuidador/acompanhante.

Iniciais do (a) paciente: _____ Entrevista nº: _____ Nº Prontuário: _____

Especialidade médica: _____ Data internação: __/__/__ Data alta: __/__/__ Permanência: __ dias

Todas as perguntas referem-se no primeiro medicamento da prescrição de alta hospitalar.

1) É a primeira vez que Sr. (a Sra.) utiliza esse medicamento?

() SIM () NÃO Há quanto tempo? _____ () Não sabe

2) Qual o nome do medicamento prescrito?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] NOME

3) Qual é a dose do medicamento que está prescrita?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] DOSE

4) Qual a forma de administração* (modo de usar)?

*Modo de usar o medicamento (tomar pela boca, passar na pele, pingar no olho, etc).

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] VIADM.

5) Com que frequência* o Sr. (a Sra.) deve tomar o medicamento?

*Quantas vezes ao dia **ou** intervalo entre doses **ou** horário do dia.

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] FREQ.

6) Por quanto tempo o Sr. (a Sra.) vai tomar esse medicamento?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] DUR.

7) Para que serve o medicamento que o Sr. (a Sra.) faz uso?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] INDC.

8) O Sr. (a Sra.) sabe se esse medicamento pode causar eventos adversos*?

Se sim, quais? _____

* Reações desagradáveis em geral.

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] EV.ADV.

9) O Sr. (a Sra.) sabe se existe alguma precaução para usar esse medicamento?

Se sim, quais? _____

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] PRECA.

Apêndice B

Questionário B

Iniciais do (a) paciente: _____ Entrevista nº: _____ Nº Prontuário: _____

1) O Sr. (a Sra.) recebeu orientação verbal sobre o uso dos seus medicamentos antes da alta hospitalar?

() Sim () Não

As perguntas 2, 3 e 4 devem ser aplicadas caso a resposta anterior tenha sido afirmativa. Caso negativa, vá para a pergunta 5.

2) Se sim, por qual profissional?

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Outro: _____

3) Conforme o enunciado a seguir, marque a opção que mais se aproxima da sua opinião: “As informações foram transmitidas com linguagem clara e compreensível. Foram usados termos que eu fui capaz de entender”.

Concordo plenamente	Concordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente
---------------------	-------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

4) Conforme o enunciado a seguir, marque a opção que mais se aproxima da sua opinião: “Tive oportunidade para me expressar e fazer perguntas”.

Concordo plenamente	Concordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente
---------------------	-------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

5) Na sua opinião, qual o seu nível de conhecimento a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar:

() Bom () Regular () Insuficiente

6) O Sr. (a Sra.) desejaria receber mais informações sobre o uso de seus medicamentos?

() Sim () Não

Se sim, quais das seguintes opções? Marque quantas julgar necessário.

- | | |
|--------------------------------|---|
| () Conservação do medicamento | () Nome dos medicamentos |
| () Indicação de uso | () Dose adequada |
| () Posologia | () Eventos adversos |
| () Precauções | () Interações com medicamentos/alimentos |
| () Duração do tratamento | () Obtenção gratuita |

Apêndice C

Questionário Socioeconômico

Iniciais do nome do(a) paciente:

1. Seu sexo: Feminino Masculino**2. Data de nascimento:** ___/___/_____**3. Como você se considera:**

- Branco (a)
 Pardo (a) / Mulato (a)
 Negro (a)
 Amarelo (a)
 Indígena

4. Qual seu estado civil?

- Solteiro (a)
 Casado (a) / mora com um (a) companheiro (a)
 Separado (a) / divorciado (a)
 Viúvo (a)

5. Qual seu nível de escolaridade?

- Analfabeto (a)
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Superior incompleto
 Superior completo

6. Qual o nível de escolaridade dos seus pais?

- | Pai | Mãe |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Analfabeta |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo |
| <input type="checkbox"/> Superior incompleto | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Superior completo | <input type="checkbox"/> Superior completo |

7. Quem mora com você?

- Moro sozinho(a)
 Pai e/ou mãe
 Esposa / marido / companheiro(a)
 Filhos
 Irmãos
 Outros parentes
 Amigos ou colegas

8. Você trabalha, ou já trabalhou, ganhando algum salário ou rendimento?

- Trabalho, estou empregado com carteira de trabalho assinada
 Trabalho, mas não tenho carteira de trabalho assinada
 Trabalho por conta própria, não tenho carteira de trabalho assinada
 Já trabalhei, mas não estou trabalhando
 Nunca trabalhei
 Nunca trabalhei, mas estou procurando trabalho

9. Qual sua renda mensal individual?

- nenhuma
 até 01 salário mínimo
 de 01 até 03 salários mínimos
 de 03 até 05 salários mínimos
 de 05 até 08 salários mínimos
 superior a 08 salários mínimos
 benefício social governamental, qual?

_____ Valor: _____