

Checklist consulta telemàtica Hipertensió Arterial

Pacient

Data



Valoració	Pregunta / Consell	Resposta del pacient	Consell administrat
Previ	Revisió de la història clínica		
	Revisió d'antecedents		
	Revisió de les últimes consultes		Tenir a mà:
	Revisió de les analítiques sanguínies i d'orina		- Valors d'AMPA
	Revisió d'últimes mesures de PA i/o MAPA si s'han realitzat		- Pes
	Revisió d'ECG i altres exploracions complementàries		- Fàrmacs que pren
	Revisió del tractament i de l'observança (retirada de medicació de la farmàcia) i si hi ha hagut modificacions darrerament		
General	Presentació metge/essa – infermer/a		
	Indicar el motiu de consulta i com es desenvoluparà		
	Com es troba?		
Pressió Arterial	S'ha mesurat PA?	SÍ _____ NO _____ Valors _____	
	On?	Farmàcia _____	Recordar les condicions de mesura correctes
		Domicili _____	
		Centre sanitari _____	
		Altres _____	
	Ha fet una AMPA?	SÍ _____ NO _____ Valors _____	
Quins valors?	3 dies _____ 5 dies _____ 7 dies _____		
	Ha notat si els valors de la PA tendeixen a ser més elevats a alguna hora del dia?	SÍ _____ NO _____	
	Sap en quines xifres hauria d'estar?	SÍ _____ NO _____	

Checklist consulta telemàtica Hipertensió Arterial

Valoració	Pregunta / Consell	Resposta del pacient	Consell administrat
Tòxics i fàrmacs	Alcohol?	SÍ _____ NO _____ Núm. d'UBE _____	_____
	Tabaquisme?	SÍ _____ NO _____ Núm. cigarretes _____	_____
	Pren AINE o d'altres?	SÍ _____ NO _____ Quins? _____	_____
Alimentació	Creu que fa una dieta equilibrada i saludable?	SÍ _____ NO _____	_____
	Ha reduït el consum de sal?	SÍ _____ NO _____	_____
	Canvis recents en la dieta?	SÍ _____ NO _____	_____
	Té dificultat per seguir alguna de les mesures?	SÍ _____ NO _____	_____
Exercici	Dubtes sobre la dieta?	_____	_____
	Amb quina freqüència fa exercici?	_____	_____
	Quin tipus d'exercici practica?	_____	_____
Pes	De quina duració?	_____	_____
	S'ha pesat darrerament?	SÍ _____ NO _____	_____
	Quin és el seu pes?	_____	_____
Medicació	Darrerament ha guanyat/perdut pes? Quants quilos?	SÍ _____ NO _____	_____
	Sap quins medicaments pren?	SÍ _____ NO _____	_____
	A quina hora els pren?	_____	_____
	S'ha notat algun efecte secundari?	SÍ _____ NO _____	_____
	Es mareja alguna vegada al canviar bruscament de posició (a l'aixecar-se)?	SÍ _____ NO _____	_____
Tancament	Adherència: S'oblida alguna vegada de prendre tots els comprimits, de mantenir les mesures higienicodietètiques, o d'ambdues coses? (Test de Haynes)	SÍ _____ NO _____	_____
	Ens vol comentar alguna cosa més?	SÍ _____ NO _____	_____
	Resoldre dubtes/preguntes	_____	_____
	Resum de la visita i comprovar la comprensió de la informació donada	_____	_____
	Indicar motius per reconsultar	_____	_____
	Programar properes exploracions complementàries i visites de seguiment	_____	_____