

FICHA DE AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE NÃO-ADESÃO

Nome : Médico responsável :
Data :

As questões que seguem relatam as situações mais comuns que causam a não utilização dos remédios pelas pessoas.

Queira marcar com um « X » a casa que corresponde a freqüência em que cada uma destas situações já lhe aconteceu.

JÁ ME ACONTECEU DE NÃO TOMAR MEU TRATAMENTO PORQUÊ :

| | <u>Nunca</u> | <u>Raramente</u> | <u>As vezes</u> | <u>Freqüentemente</u> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Simplemente esqueci ! | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não estava em casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estava ocupado (a) com outra coisa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Houve uma mudança na minha rotina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peguei no sono/Estava dormindo na hora da dose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tive problemas para tomá-los nas horas estipuladas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estava doente/ Não me sentia bem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Queria evitar os efeitos colaterais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estava me sentindo deprimido(a)/ Exausto(a) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tinha muitos comprimidos para tomar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tinha a impressão que meu tratamento era tóxico/perigoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não queria que os outros me vissem tomando meus medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |