

N.º de identificação do cliente \_\_\_\_\_

Data de preenchimento: \_\_\_\_\_

# EFEITOS COLATERAIS DE MEDICAMENTOS E ADESÃO AO TRATAMENTO

PREENCHIDO POR CLIENTES OU PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**1. Atualmente você toma algum medicamento com receita?**

- Sim
- Não → *Passe para a P2*
- Não tenho certeza / não sei → *Passe para a P2*

**2. Que efeitos colaterais você sente atualmente com medicamentos?**

Assinale todos as que se aplicam.

- Sedação diurna / sonolência / dormindo demais
- Problemas de memória ou concentração
- Mudanças no apetite ou peso
- Músculos muito tensos ou travados, ou tremores musculares
- Sensação de inquietação, nervosismo ou necessidade de se movimentar e andar
- Visão embaçada, boca seca, prisão de ventre ou retenção/hesitação urinária
- Mudanças no funcionamento sexual
- Problemas com menstruação ou problemas nos seios (somente mulheres)
- Sentindo-se diferente do normal
- Outro (especifique: \_\_\_\_\_)
- Nenhum

*Original measure translated for EPINET by the EPINET National Data Coordinating Center.*