

## Participant information sheet field

Participant information sheet field, using as example when the patient consulted for headache (“cefalea”):

DOCUMENTOS DEL ESTUDIO

**Registro de paciente. Nuevo síntoma menor en CEFALEA**  
**¡Recuerda!** Evaluar los síntomas del paciente antes de realizar cualquier intervención.  
Para más información sobre el Síntoma Menor (SM) y sus causas más frecuentes **pincha** en las **cruces verdes**.

CEFALEA: ¿Qué es?

Causas más frecuentes

Farmacéutico \*

(Indica quién eres)

Fecha de registro \*

2 ▾ Mar ▾ 2019 ▾

Hora del registro \*

11 ▾ : 25 ▾

Datos del paciente

DNI \*

Nombre y apellidos del paciente \*

Tipo de consulta: \*

- selecciona - ▾

¿El paciente es menor de 16 años? \*

☐ SÍ

☐ NO

Sexo del paciente \*

☐ Mujer

☐ Hombre

Número de días con el SM (síntoma menor) \*

¿Es la primera vez que padece el SM? \*

☐ SÍ

☐ NO

Participant pharmacists had to choose if it was a minor ailment consultation or a direct product request for a minor ailment:

**Medicamento para el SM. ¡Recuerda!** Evaluar las acciones llevadas a cabo por el paciente para solucionar el SM antes de realizar cualquier intervención.

¿El paciente esta tomando ya algún medicamento para el SM? \*

☒ SÍ

☐ NO

Medicamento 1

- selecciona - ▾

Posología

Cada cuánto

- selecciona - ▾

Duración

días

☐ Añadir medicamento

¿Toma algún otro medicamento no detallado en la lista anterior? \*

☐ SÍ

☐ NO

### Otros problemas de salud/tratamientos del paciente.

**¡Recuerda!** Evaluar las patologías y tratamientos actuales del paciente antes de realizar cualquier intervención.

¿El paciente toma medicación para otro/s problema/s de salud? \*

☒ SI

☐ NO

Numero de medicamentos\* \*

medicamentos

Participant pharmacists in the intervention group had all the information included in the standard operational procedure used as part of the intervention, including referral criteria for each minor ailment:

**Criterios de derivación (observar los criterios y marcar "SÍ" o "NO").**

☐ SÍ

☐ NO existen criterios de derivación

**Edad**

☐ < 2 años

☐ > 75 años con patologías asociadas

**Síntomas**

☐ Cefalea de comienzo súbito, especialmente en pacientes > 50 años

☐ Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente

☐ Localización unilateral

☐ Manifestaciones acompañantes

☐ Empeoramiento reciente de una cefalea crónica

☐ Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio de postura

☐ Cefalea que despierta al paciente por la noche

☐ Cefalea refractaria al tratamiento

☐ Otro

**Duración de los síntomas**

☐ Inicio brusco

☐ > 4-5 días

**Enfermedad y/o medicamentos**

☐ Hipersensibilidad (alergia a salicilatos y AINE)

☐ Pacientes anticoagulados

☐ Sospecha de reacción adversa del uso de medicamentos

**Situaciones especiales**

☐ Intoxicación por monóxido de carbono

☐ Antecedentes de tumor

☐ Traumatismo craneoencefálico

☐ Inmunodepresión

Participant pharmacists in the control group did not have the information included in the standard operational procedure used as part of the intervention:

### Actuación profesional

**Derivación al médico:**

☒ SI  
☐ NO  
☐ No acepta derivación

**Al finalizar el registro de datos podrás generar el informe de derivación.**

**Ámbito de derivación: \***

☐ Centro de salud  
☐ Servicio de urgencias hospitalarias

**Tratamiento farmacológico.** Ver PDF  tablas Tratamiento Farmacológico.

☒ Entrega de medicamento  
☐ No entrega medicamento

Medicamento consulta sobre síntoma menor

**Medicamento 1 \*** Posología \* Cada cuánto \* En qué momento \* Duración \*  
 -selecciona-  -selecciona-  -selecciona-  días

☐ Añadir medicamento

When a direct product requests for a minor ailment was registered, participant pharmacists should state the drug requested and their recommendation to the patient after clinical evaluation. They could recommend the drug requested:

**Tratamiento farmacológico.** Ver PDF  tablas Tratamiento Farmacológico.

☒ Entrega de medicamento  
☐ No entrega de medicamento

☒ Medicamento demandado  
☐ Medicamento diferente del demandado

☐ Elección correcta del paciente  
☐ El paciente rechaza recomendación del farmacéutico

**Medicamento Demandado para Autocuidado**

Marcar si se entrega en las opciones.

**¿Entrega med. 17 \*** **Medicamento 1** Campo conectado a BOT PLUS

☐ SI ☐ NO

O escribir las 4 o 5 primeras letras del fármaco en este campo

**Posología:** Cada cuánto En qué momento

-selecciona-  -selecciona-

**Duración**
 días

Or a different recommendation (pharmacological or non pharmacological):

**Tratamiento farmacológico.** Ver PDF  tablas Tratamiento Farmacológico.

☒ Entrega de medicamento  
☐ No entrega de medicamento

☐ Medicamento demandado  
☒ Medicamento diferente del demandado

Razón: \*  
- Seleccionar -

**Medicamento diferente del demandado**

Medicamento 1 \*  
- selecciona -

Posología \*  
-

Cada cuánto \*  
- selecciona -

En qué momento \*  
- selecciona -

Duración \*  
- días

☐ Añadir medicamento

Lastly, participant pharmacists should register patient's data for the 10-day telephone follow-up:

**Tratamiento no farmacológico**

☐ Se recomiendan medidas higiénico-dietéticas  
☐ No se recomiendan medidas higiénico-dietéticas  
☒ Otro...

Teléfono móvil \*  
-

Día de consulta telefónica \*  
12 - Mar - 2019 -

Horario de llamada \*  
Hora - : 00 -