

RELEVAMIENTO USO DE MEDICAMENTOS FITOTERÁPICOS

Nº _____

FARMACIA (dato no obligatorio): _____

Estimado/a Sr/Sra.: A los efectos de poder mejorar nuestra atención farmacéutica cuando Ud. compra medicamentos fitoterápicos solicitamos su colaboración para esta pequeña encuesta.
Desde ya muchas gracias.

Sexo: _____ Edad: _____ Localidad: _____

Por favor, complete 1 hoja para cada fitoterápico que usa

❶ Fitoterápico que adquiere: _____

¿Para qué enfermedad o dolencia? _____

o Mezcla ya preparada para: _____

❷ ¿En qué forma? (marque con una cruz)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> hierba | <input type="radio"/> fricción (pomada) |
| <input type="radio"/> gotas (tintura) | <input type="radio"/> fricción (loción) |
| <input type="radio"/> comprimidos | <input type="radio"/> gárgaras |
| <input type="radio"/> jarabe | <input type="radio"/> supositorios |
| <input type="radio"/> caramelos | <input type="radio"/> óvulos |
| <input type="radio"/> capsulas | <input type="radio"/> otra: ¿cual? _____ |
| <input type="radio"/> gotas p/ojos | |

❸ ¿Para quién la compra? (marque con una cruz)

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> para uso personal | <input type="radio"/> para uso veterinario |
| <input type="radio"/> para un familiar/conocido adulto | <input type="radio"/> Está embarazada |
| <input type="radio"/> para un familiar/conocido niño | <input type="radio"/> Está en periodo de lactancia |

❹ Dosis diaria que usa: _____

❺ ¿Desde cuándo lo usa? _____

❻ Por favor marque con una cruz quién se lo indicó:

- | |
|--|
| <input type="radio"/> médico |
| <input type="radio"/> farmacéutico |
| <input type="radio"/> otro profesional: ¿cuál? _____ |
| <input type="radio"/> auto medicado |

Por favor indique donde consiguió la información:

- | |
|--|
| <input type="radio"/> vecino/conocido |
| <input type="radio"/> libros |
| <input type="radio"/> revistas |
| <input type="radio"/> folletos |
| <input type="radio"/> internet |
| <input type="radio"/> televisión |
| <input type="radio"/> otro: ¿cuál? _____ |

❼ ¿Usa otra medicación? (marque con una cruz)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si |
|--------------------------|--------------------------|

¿Qué medicamento(s)? _____

- | |
|--|
| <input type="radio"/> lo(s) usa para la misma enfermedad |
| <input type="radio"/> para otra afección |

❽ ¿Con qué frecuencia usa medicamentos fitoterápicos? (marque con una cruz)

- | |
|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Siempre |
| <input type="radio"/> A veces |
| <input type="radio"/> Rara veces |

❾ ¿Tuvo alguna vez una reacción adversa? (marque con una cruz)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si |
|--------------------------|--------------------------|

Por favor indique cuál: _____

Si desea recibir información a su correo electrónico acerca de los fitoterápicos que consume, agregue aquí su casilla: _____

P/USO DEL FARMACÉUTICO Receta: No Si _____