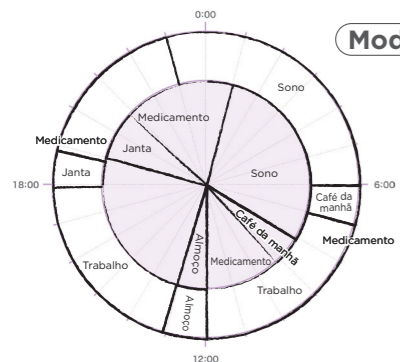
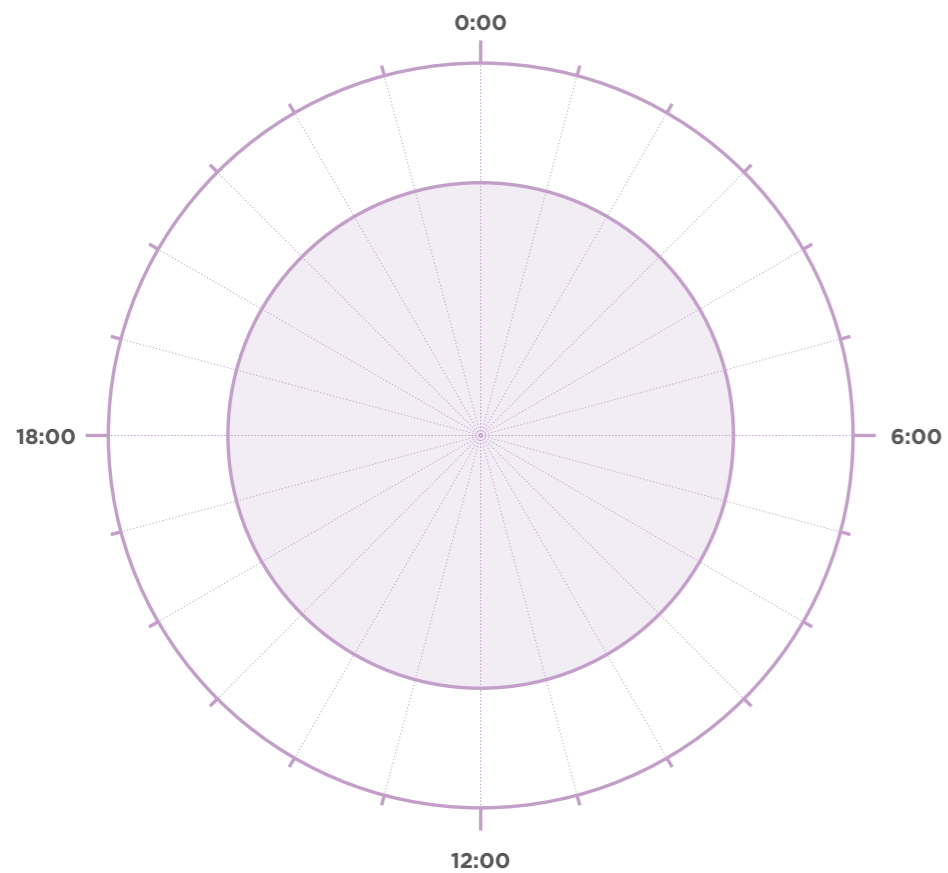


Modelo de preenchimento



Escreva o cronograma do seu cotidiano de um dia típico, seguindo o modelo.



Dia normal

Outros dias



Contato

Gilead Sciences, Inc.

GranTokyo South Tower, 1-9-2, Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-6616
<https://www.gilead.co.jp/>

BVY21DS0368PA
Elaborado em outubro de 2021

Let's Talk!

Tem alguma preocupação com o remédio que toma atualmente?

Há vários tipos de remédio, e o seu formato, tamanho e modo de ingerir podem variar. Consulte o seu médico sobre o medicamento adequado ao seu estilo de vida.



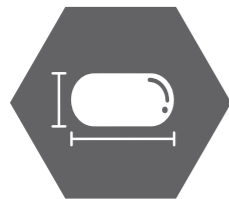
Toma vários remédios de uma vez



É difícil tomar o remédio 2 vezes por dia



Para tomar remédio, é preciso consumir uma refeição, o que é doloroso



O remédio é grande, e é difícil de ser tomado



Preocupação com a combinação dos remédios

- O medicamento é definido ao serem julgados vários fatores, como o estado de saúde do paciente, tratamento de outras doenças, entre outros, e não só com base no seu estilo de vida.
- Mesmo trocando o medicamento para diminuir os efeitos colaterais ou para facilitar a sua ingestão, ao seguir os procedimentos orientados pelo médico, os tipos de remédio que poderá escolher no futuro não irão diminuir (se não se adaptar ao novo medicamento, poderá trocá-lo para o que tomava antes).
- Os medicamentos estão evoluindo a cada ano. Talvez tenha um medicamento mais adequado a você.

Pergunte se não há um remédio adequado a você

Para continuar tomando, é importante escolher o medicamento mais adequado a você.

Fale para o seu médico, farmacêutico ou enfermeiro:

- as preocupações ou os problemas que tem em relação ao remédio que toma atualmente
- o seu estilo de vida, o seu ritmo de vida
- todos os remédios prescritos em outra instituição médica (mostre a caderneta de medicamentos, se tiver)

● Sobre a vida cotidiana em geral

1	O ritmo de vida é irregular.	Sim	Não
2	Sente muito estresse no trabalho, ao realizar os afazeres domésticos ou na escola.	Sim	Não
3	Ingere bebida alcoólica de forma habitual (3 dias ou mais por semana).	Sim	Não
4	Demora para pegar no sono ultimamente, ou desperta no meio do sono.	Sim	Não
5	Não tem apetite ultimamente.	Sim	Não
6	Engordou ou emagreceu, recentemente.	Sim	Não
7	Passou a comer mais nos últimos tempos.	Sim	Não
8	Sente na pele que está sedentário (a).	Sim	Não

● Sobre outras doenças, medicamentos

9	Tem outra doença que está tratando de forma contínua?	Sim	Não
▶ Se "Sim", qual é a doença?			
10	Tem outro medicamento ou outra substância que ingere fora as refeições?	Sim	Não
▶ Se "Sim", qual é o medicamento/a substância?			
11	Tem algum suplemento alimentar que gostaria de tomar?	Sim	Não
▶ Se "Sim", qual é o suplemento?			

● Sobre tratamento atual

12	Sente moleza no corpo de forma regular?	Sim	Não
13	Sente náuseas?	Sim	Não
14	Sente preocupação ou desânimo?	Sim	Não
15	Sente dor de cabeça ou tontura?	Sim	Não
16	Chega a esquecer de tomar o remédio, conforme foi definido?	Sim	Não
▶ Se "Sim", com que frequência isso acontece?			
a. 1 vez por semana b. 1 vez por mês c. 1 vez a cada seis meses d. Outros			
17	Quer pedir uma melhora sobre o remédio que está tomando agora?	Sim	Não
▶ Se "Sim", sobre o que seria? (múltipla escolha)			
a. Por ser grande b. Por ter que tomar muitas vezes			
c. Por precisar tomar após as refeições d. Outros			

memo