## **Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (DGRM)**

## Questionário para Auscultação

## de Associações de Pessoas com Doença

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versão  | Data | Alterações |
| 1.0 | Dezembro 2023 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Este documento poderá ser atualizado periodicamente. Por favor, consulte o site do INFARMED, I.P. (*[*www.infarmed.pt*](http://www.infarmed.pt)*) para aceder à versão atualizada.*

**Objetivo do questionário**

O conhecimento, as perspetivas e experiências únicas das pessoas portadoras de doença podem ser um contributo valioso para o processo de gestão de risco de medicamentos. Os materiais educacionais são medidas adicionais de minimização do risco que têm por objetivo aumentar a consciencialização sobre riscos específicos dos medicamentos e como os minimizar ou gerir adequadamente, e utilizam-se quando a informação que consta no Folheto informativo e/ou na cartonagem é considerada insuficiente ou quando se pretende recordar ou reforçar determinada informação sobre um risco específico. Devem também ajudar e encorajar a discussão entre o profissional de saúde e o doente sobre esses mesmos riscos, de modo a maximizar a sua utilização segura.

Este questionário, dirigido aos doentes e/ou seus cuidadores, visa obter a sua opinião sobre os materiais educacionais relativos a determinados medicamentos, bem como o de recolher informação sobre a sua perceção relativamente a estes, cujos contributos serão considerados no procedimento de avaliação de materiais educacionais, bem como na medição da sua efetividade.

A resposta a este questionário deverá ser devolvida, até **dd/mm/aaaa**, para o endereço de correio eletrónico: info.seguranca@infarmed.pt. .

## **Identificação do Medicamento e seu(s) Material(ais) Educacional(ais)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do medicamento** | [A preencher pela DGRM] |
| **DCI/Substância ativa** | [A preencher pela DGRM] |
| **Forma farmacêutica** | [A preencher pela DGRM] |
| **Indicação Terapêutica** | [A preencher pela DGRM] |
| **Titular de AIM** | [A preencher pela DGRM] |
| **Material Educacional para o doente e/ou cuidador** | [A preencher pela DGRM] |

## **Identificação da Associação**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Associação** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Identificação do representante** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Contacto(s) telefónico(s)** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **E-mail(s) de contacto** | Clique ou toque aqui para introduzir texto. |
| **Consentimento para estabelecimento de contacto futuro**  | O Infarmed gostaria de contactar as pessoas identificadas acima sobre este processo de submissão, para confirmação da receção da informação, fornecer informações adicionais sobre o processo em causa, designadamente, comunicação de resultados e envio de questionário de avaliação da sua experiência neste processo.Caso concorde em ser contactado(a), com este propósito, por favor, assinale a seguinte caixa: [ ]  |
| **Partilha da informação constante neste formulário**  | Este formulário poderá ser partilhado com as demais Comissões Técnicas do Infarmed, para ser considerado no processo de avaliação de materiais educacionais, podendo algumas das informações nele contidas constarem de documentos emitidos pelo Infarmed.O tratamento dos dados pessoais obedece às normas do Regulamento Geral de Proteção de dados em vigor. |

## **Recolha de Informação**

## **Receção e formato dos Materiais Educacionais**

1. **A Associação tem conhecimento se o(s) Material(ais) Educacional(ais) foi(ram) entregue(s) ao associado pelo médico aquando da prescrição do medicamento ou pelo profissional de saúde designado para o efeito?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Não sei

1. **O médico/profissional de saúde explicou o(s) Material(ais) Educacional(ais) e utilizou-o(s) para alertar para os riscos associados ao medicamento?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Não sei

1. **Qual(ais) do(s) profissional(ais) de saúde preferia que lhe entregasse e explicasse o(s) Material(ais) Educacional(ais):**

[ ]  Médico

[ ]  Enfermeiro

[ ]  Farmacêutico

1. **Qual o canal de distribuição preferível para a entrega do(s) Material(ais) Educacional(ais)?**

[ ]  “em mãos”

[ ]  e-mail

[ ]  sms

[ ]  Outro

Quais? Clique ou toque aqui para introduzir texto.

1. **Qual o formato preferível para o(s) Material(ais) Educacional(ais)?**

[ ]  papel

[ ]  digital

[ ]  Outro

Quais? Clique ou toque aqui para introduzir texto.

**No caso de ter respondido em formato digital, qual a opção preferível?**

[ ]  acesso por QR Code e respetivo *link* no folheto informativo do medicamento

[ ]  acesso *online* através do *website* do INFARMED, I.P. ou *website* do medicamento

1. **Considera que a apresentação (ex. tamanho de letra; nº páginas, imagens, áudio, etc.) do(s) Material(ais) Educacional(ais) é(são) adequada(s)?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

Se escolheu parcialmente, identifique os pontos de melhoria: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

**Compreensão dos Materiais Educacionais**

1. **Leu/Viu /Ouviu (no caso de versão áudio) todo o conteúdo do(s) Material(ais) Educacional(ais)?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

Se escolheu parcialmente, identifique o motivo: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

1. **Compreendeu e considerou o conteúdo do(s) Material(ais) Educacional(ais) claro e conciso?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

Se escolheu não ou parcialmente, identifique os pontos de melhoria: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

**Adesão aos Materiais Educacionais**

1. **Seguiu as instruções indicadas no(s) Material(ais) Educacional(ais) disponibilizado(s)?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

Se escolheu não ou parcialmente, identifique o motivo: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

1. **Uma das mensagens no(s) Material(ais) Educacional(ais) é sobre a importância de comunicar efeitos indesejáveis. Considera-se informado relativamente à importância da comunicação de efeitos indesejáveis?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

1. **Considera-se informado relativamente ao processo de notificação ao INFARMED, I.P.?**

☐ Sim

☐ Não

☐ Parcialmente

1. **Já teve a oportunidade de notificar um efeito indesejável a um medicamento?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Não me recordo

1. **Considera que o(s) Material(ais) Educacional(ais) foi(ram) útil(eis) na gestão dos riscos por este(s) abordados?**

[ ]  Sim

[ ]  Não

[ ]  Parcialmente

Se escolheu não ou parcialmente, identifique o motivo: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

1. **Outras Observações e Sugestões**

Clique ou toque para introduzir uma data.

Assinatura