

CHECKLIST SEMANAL DE MEDICACIÓN (ALZHEIMER)



PACIENTE: \_\_\_\_\_

SEMANA DEL: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ AL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CUIDADOR/A: \_\_\_\_\_

✓ = administrado correctamente  
□ = pendiente / no realizado  
En "Efectos secundarios": marcar Sí si aparece algún síntoma y detallarlo abajo.

1) ADMINISTRACIÓN DIARIA DE MEDICACIÓN

| Día | Desayuno<br>(hora + ✓) | Comida<br>(hora + ✓) | Cena (hora +<br>✓) | ¿Se registró?<br>✓       | Efectos<br>secundarios<br>(sí/no)                   | Observacion<br>es breves |
|-----|------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------|
| L   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| M   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| X   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| J   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| V   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| S   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |
| D   | _____                  | _____                | _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | _____                    |

2)CONTROL RÁPIDO DIARIO (SEGURIDAD Y SEGUIMIENTO)

| Control                                      | L                        | M                        | X                        | J                        | V                        | S                        | D                        |
|----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pastillero<br>revisado /<br>cargado          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sin olvidos ni<br>duplicidades               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medicamentos<br>en lugar seguro<br>y visible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambios de<br>conducta<br>observados         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Somnolencia /<br>mareos /<br>malestar        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3)DETALLE DE EFECTOS SECUNDARIOS (SOLO SI APARECEN)

| Día  | Hora | Síntoma<br>(somnolencia,<br>mareo, conducta,<br>etc.) | Intensidad<br>(leve/media/alta) | ¿Se informó al<br>profesional?                            |
|------|------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ____ | ____ | _____                                                 | _____                           | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |
| ____ | ____ | _____                                                 | _____                           | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |
| ____ | ____ | _____                                                 | _____                           | <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No |