

Tabela com potenciais interações entre medicamentos e plantas medicinais			Tabela com potenciais interações entre medicamentos e plantas medicinais		
Nome popular das plantas medicinais	Classes de medicamentos com potenciais interações	Exemplos de medicamentos	Nome popular das plantas medicinais	Classes de medicamentos com potenciais interações	Exemplos de medicamentos
Arruda	Vasodilatadores, anticoagulantes e agentes contraceptivos	Digoxina, Dobutamina, Varfarina e anticoncepcionais em geral	Gengibre	Cardiotônicos, antiplaquetários e hipoglicemiantes	Digoxina, Aspirina (AAS), Clopidogrel, Metformina, Insulina e Glilbenclamida
Boldo-baiano	Pode alterar a absorção e eliminação de alguns medicamentos	Digoxina e Cloroquina	Guaco	Anticoagulantes	Heparina, Varfarina e Aspirina (AAS)
Copaíba	Diuréticos, laxantes e hipotensores	Furosemida, Hidroclorotiazida, Espirolactona, Lacto-purga, Clonidina e Carvedilol	Hortelã	Hipolipemiantes	Atorvastatina, Sinvastatina, Colestipol
Cúrcuma	Anticoagulantes	Heparina, Varfarina e Aspirina (AAS)	Maracujá	Medicamentos sedativos e depressores do Sistema Nervoso Central	Zolpidem, Amitriptilina, Diazepam, Clonazepam, Fluoxetina e Fenobarbital
Espinheira-Santa	Antibióticos e barbitúricos	Amoxicilina, Azitromicina, Amytal, Veronal e Gardenal	Tansagem	Medicamentos digitálicos	Digoxina e Digitoxina



Caderneta de Saúde do idoso

Envelhecendo com Saúde:

O Papel das Plantas Medicinais
no Cuidado do Idoso do
Programa Maior Cuidado

Medicamentos, plantas medicinais, suplementos e vitaminas em uso

Nome do medicamento, planta medicinal, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início e tempo de uso	Observações sobre Reações Adversas:	Melhoria após uso do medicamento:
		Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____	Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____ _____	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não aplicável Descreva: _____ _____
		Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____	Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____ _____	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não aplicável Descreva: _____ _____
		Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____	Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____ _____	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não aplicável Descreva: _____ _____
		Data de Início do Tratamento: _____ Tempo de uso: _____	Após o uso da medicação, você apresentou alguma reação adversa? ☐ Sim ☐ Não Se sim, qual? _____ _____	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei/Não aplicável Descreva: _____ _____