










Poids (kg) :	Age :
Contexte :	
<input type="checkbox"/> > 65 ans + ALD + 5 TTT chronique <input type="checkbox"/> > 75 ans + 5 TTT chronique	<input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/> Doute sur l'observance <input type="checkbox"/> Découverte d'une pathologie chronique <input type="checkbox"/> Survenue d'une EIM <input type="checkbox"/> Médicament à risque : <input type="checkbox"/> Autre :

Coordonnées

Médecin traitant :   
Infirmière à domicile :   
Autre (médecin spécialiste, aidant...) :   

Habitude de vie

Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec famille <input type="checkbox"/> Autre:	
Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Domicile (habitation individuelle) <input type="checkbox"/> Domicile (habitation collective) <input type="checkbox"/> Foyer logement <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Autre:	
Aides existantes : <ul style="list-style-type: none"> • Aide-ménagère <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • IDE <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Kinésithérapeute <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Portage des repas <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Téléalarme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas • Autre 	Coordonnées
Habitude alimentaire (combien de repas et quand) :	
Régime alimentaire particulier (sans sel...) :	
Consommation de certains produits comme l'alcool, jus de pamplemousse :	

Antécédents et comorbidités

<p style="text-align: center;">Pathologies cardiovasculaires</p> <p>HTA <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Hypercholestérolémie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Fibrillation auriculaire ou flutter <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>IDM ou insuffisance coronarienne <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Insuffisance cardiaque <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Artériopathie des membres inférieurs <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>AVC avec ou sans séquelle <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Accident Ischémique Transitoire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Diabète <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p style="text-align: center;">Pathologies psychiatriques</p> <p>Dépression <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble bipolaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble psychotique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p style="text-align: center;">Pathologies neurologiques</p> <p>Maladie de Parkinson <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Epilepsie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Démence <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p style="text-align: center;">Autres pathologies</p> <p>Insuffisance rénale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Cancer en cours d'évolution <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Pathologie pulmonaire chronique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Dysthyroïdie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Ostéoporose fracturaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Maladie de système (Horton, PR, Goujerot) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p style="text-align: center;">Autres :</p> <p>Chute au cours des 3 derniers mois <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Plainte du sommeil <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Somnolence en journée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte de poids <i>de + de 4.5 kg dans l'année</i> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte d'appétit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Incontinence urinaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p style="text-align: center;">Autres pathologies ? (Précisez)</p>

Connaissance du traitement

Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?

A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?

Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ?

Automédications

Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libes-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...

Prise récente d'antibiotiques

Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?

Vaccination

Vaccin contre :		Commentaires
Recommandations générales		
DT Polyo	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Rappel à 65 ans, puis tous les dix ans.
Grippe Saisonnière	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Vaccination chaque année pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus
Zona	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Pour les personnes entre 65 et 74 ans.
Population particulière à risques		
Pneumocoque	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Pour les personnes non vaccinées à risque élevé d'infections sévères à pneumocoque (IR, IC, BPCO, Asthme sévère, Biothérapie, chimiothérapie, immunosuppresseurs ...)
Hépatite A	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Personnes atteintes de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie
Hépatite B	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Susceptibles de recevoir des transfusions ou des médicaments dérivés du sang

Plus de recommandations sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Tolérance /Effets indésirables

Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires, nausées, vomissements, diarrhées, constipation, confusion...) ?

Comment luttez-vous contre ceux-ci ?

Allergies

Etes vous allergique à certains médicaments ? si oui : Souvenez-vous lesquels ? ; comment se manifeste cette allergie ? Etes-vous déjà aller consulter un allergologue ?

Gestion globale du traitement

Utilisez-vous un pilulier ?

Oui Non Ne sais pas

Si oui, est-ce vous qui le préparer ?

Oui Non Ne sais pas

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ?

Oui Non Ne sais pas

Gérez-vous la prise de vos médicaments seuls ?

Oui Non Ne sais pas

Préparation et prise des médicaments

*Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)
Ces difficultés sont-elles expliquées par un déficit moteur à la main prédominante ou un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne ?*

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

Voyage

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

Lorsque vous voyagez savez-vous quand faut-il prendre vos médicaments ?

Utilité des médicaments

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

Oui Non Ne sais pas

Gestion du stock de médicaments

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ? Oui Non Ne sais pas

Possédez vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ? Oui Non Ne sais pas

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Total des OUI = 0

Total des OUI = 1 ou 2

Total des OUI ≥ 3

Score = 0 : Bonne observance

Score = 1 ou 2 : Minime problème d'observance

Score ≥ 3 : Mauvaise observance

Interventions pharmaceutiques

Votre patient(e), née le, a accepté de réaliser un bilan partagé de médication.

Nous avons ainsi réalisé une analyse des traitements médicamenteux pour lesquels différentes interventions pharmaceutique-vous sont proposés. Une fois que vous en aurez pris connaissance, un entretien « conseil » sera réalisé avec le patient pour lui indiquer ce que nous avons modifié à son traitement et les actions qui peuvent être mis en place.

IP relatifs à :	Interventions destinées à :	Interventions pharmaceutiques	Intervention accepté	Commentaire du médecin généraliste
1	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
2	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
4	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
5	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
7	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Entretien de suivi n°1

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°1

Actualisation de l'analyse des traitements

Se reporter au bilan initial de recueil d'information et d'analyse des traitements afin de compléter le traitement

Nouveau(x) problème(s) détecté suite à l'entretien avec le patient ou au nouveau(x) traitement(s) pris par le patient.

Une nouvelle synthèse pharmaceutique pour envoi au médecin traitant peut être réalisé.

Interventions pharmaceutiques

Suite à l'actualisation du traitement de votre patient(e), née le, nous avons complété le bilan partagé de médication. Nous avons ainsi réalisé une analyse des traitements médicamenteux pour lesquels différentes interventions pharmaceutique-vous sont proposés. Une fois que vous en aurez pris connaissance, un entretien « conseil » sera réalisé avec le patient pour lui indiquer ce que nous avons modifié à son traitement et les actions qui peuvent être mis en place.

IP relatifs à :	Interventions destinées à :	Interventions pharmaceutiques	Intervention accepté	Commentaire du médecin généraliste
1	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
2	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
4	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
5	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
6	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
7	<input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Patient		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Entretien de suivi n°2

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°1

Entretien de suivi n°3

Depuis notre dernier entretien avez-vous ressentis des difficultés avec votre traitements ? Des effets indésirables ?

Evaluation de l'observance

- | | | |
|----------|--|---|
| 1 | Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2 | Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3 | Vous est-il arrivé de prendre votre traitement en retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5 | Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 6 | Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Bilan de l'entretien de suivi n°2