PHARM'OBSERVANCE PACA 2018

OUTILS
DOSSIER PATIENT

Ce livret vous aide à renseigner le dossier patient

Coordination scientifique : Professeur Stéphane HONORE- Docteur Félicia FERRERA BIBAS

Table des matières

1. LETTRE AU MEDECIN 3
2. FICHE DE LIAISON VILLE HOPITAL 4
3. THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER 5

Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient 5

LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP 6

LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES 7

4. MON TRAITEMENT ET MOI 8
5. QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d'exploitation de la sécurité des prises) 10
6. RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP 11
7. PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS 12
8. PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS 13
9. QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES 14
10. AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL 15
11. RELEVE D'AUTOMESURE TENSIONNELLE 16

1. LETTRE AU MEDECIN

Coordonnées de la pharmacie :
Nom et adresse du pharmacien :
Numéro RPPS :
Numéro d'ordre :
Numéro Pharmacien :

Date

Cher Docteur,

Votre patient a intégré le programme d'Actions d'Education Thérapeutique ciblées PHARM 'OBSERVANCE PACA, autorisé par l'Agence Régionale de Santé PACA coordonné par les URPS PHARMACIENS PACA.
Ce programme est destiné à l'accompagner (et éventuellement son aidant) dans sa démarche d'acquisition de compétences d'auto-soin et à l'aider à mieux comprendre et à gérer les traitements médicamenteux et non médicamenteux que vous lui avez prescrits.

Nous vous souhaitons une bonne réception et restons à votre disposition pour tous renseignements que vous jugerez utiles.

Dans cette attente, nous vous prions de croire, cher Docteur, à l'expression de nos salutations distinguées.

Le Pharmacien

2. FICHE DE LIAISON VILLE HOPITAL

FICHE DE LIAISON - VILLE - HÔPITAL

Je soussigné (e), M. / Melle / Mme.....
assure avoir librement choisi * les intervenants de ma prise en charge médicale et souhaite que mes vœux soient respectés tout au long de mon parcours de soins.

Le ..... à ..... Signature

* *Article L. 1110-8 du code de la santé publique : le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire.*

COORDONNÉES DU PATIENT

Nom usuel : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
N° de sécurité sociale : .....
Adresse : .....
.....
.....
n° de tél. fixe : .....
n° de tél. portable : .....
Mail : .....

Nom de naissance : .....

Personne à contacter :

Nom : .....
Prénom : .....
n° de tél. : .....

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE

Médecin Traitant :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Infirmier Libéral :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Chirurgien-dentiste :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Podologue :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Orthoptiste :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Pharmacie et Matériel médical :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Masseur Kinésithérapeute :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Orthophoniste :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Sage-femme :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Laboratoire de biologie médicale :
Tél : .....
Courriel : .....
Fax : .....

Autres : .....

ACCOMPAGNANTS

Assistante sociale / vie sociale :
Tél : .....
Courriel : .....

Auxiliaire de vie :
Tél : .....
Courriel : .....

Transporteur :
Tél : .....
Courriel : .....

Livraison des repas :
Tél : .....
Courriel : .....

Voisin proche :
Tél : .....

Téléalarme : ❑ oui ❑ non

Autres : .....
.....
.....
.....

3. THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER

Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient

Séances individuelles ou collectives	Nom et qualité des intervenants	Compétences à développer par le patient	Outils pédagogiques utilisés	Technique d'animation	Durée	Modalités d'évaluation individuelle des compétences acquises (joindre la grille)
Individuel	Pharmacien du patient	**Exprimer et identifier** -La confiance dans les traitements -Les problèmes liés à la prise des traitements (organisation, tolérance…) -Les besoins éducatifs du patient et compétences de départ et les ressources du patient Les besoins éducatifs du patient et compétences de départ et les ressources du patient à acquérir (pour l'adhésion et la sécurité des prises) -Les freins à l'observance et à la sécurité des prises	Echelles Blason des idées (voir annexe) Boites du traitement du patient et ordonnances Quizz sécurité	Entretien individuel au sein d'un espace confidentiel ou au domicile -écouter et encourager l'expression du patient et de l'aidant -Explorer les valeurs et les objectifs -Développer une alliance thérapeutique	30 à 45 minutes	Plan Pharmaceutique Personnalisé PPP Co-décidé

.

LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP

Temps 2 : **Actions d'Education Thérapeutique ciblées prioritaires en rapport avec des besoins identifiés lors du Temps 1 pour favoriser l'adhésion et la sécurité** **Sélection d'un ou deux thèmes prioritaires pour la réalisation du PPP co-décidé. Séances Individuelles réalisées par le pharmacien d'officine**					
Thème	Compétences à développer par le patient	Outils	Techniques	Durée	Modalités d'évaluation Ind.
Gestion quotidienne des traitements	-adapter son traitement à sa vie quotidienne -s'organiser pour suivre les indications données par le médecin et le pharmacien -anticiper les problèmes (oublis, erreurs…) -sécuriser les manipulations -prévenir l'automédication	Piluliers, plan de prise, « agenda du traitement »	-Partager le constat -Faire émerger des solutions et apporter si besoin des connaissances -Permettre au patient de s'approprier la solution	45 minutes	Questionnaire Morisky
Apprentissage d'une auto-surveillance, auto-mesure, auto-évaluation ou d'une pratique de soin (ex : auto injection…)	-réaliser le geste -manipuler les dispositifs -connaître les déplacements de zones -identifier les paramètres à mesurer, la fréquence, le moment	-dispositif patient, -dispositifs factices -carnets d'auto-surveillance -supports éducatifs (CESPHARM…)	-Faire faire (ou exprimer) au patient -Apport de connaissances ou de savoir faire - Permettre au patient de s'approprier la technique ou le geste		Mise en situation Refaire faire un geste, examiner un carnet d'auto surveillance.
Prise en compte du résultat d'une auto-surveillance ou d'une auto-mesure	-comprendre pourquoi surveiller / mesurer ce(s) paramètre(s) -être capable de modifier un traitement ou d'initier un auto traitement - connaître son champ d'action et les circonstances dans lesquelles il faut alerter le médecin	-carnets, -dispositifs -supports d'information, tableaux, fiches	-Exploration des acquis -Mise en situation -Apports cognitifs -vérification de l'appropriation des connaissances (cas…)	30 minutes	-jeu de question en lien avec les apports -carnets de suivi
Application d'une conduite à tenir en cas de crise, d'apparition d'un signe d'alerte	-Savoir repérer les signes d'alerte -Connaître la conduite à tenir -Développer un sentiment de sécurité face à la maladie	-Blason des idées -Colonnes de Beck (situation, pensée, émotion, pensée alternative, émotion)	-Exploration des connaissances du patient -Apports -mise en situation -entrainement à l'utilisation des colonnes de Beck)	30 min	-jeu de question en lien avec les apports

LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES					
Thème	Compétences à développer par le patient	Outils	Techniques	Durée	Modalités d'évaluation Ind.
Mise en lien des problèmes de santé avec les thérapeutiques et les soins	-comprendre ses ordonnances -comprendre la raison des suivis biologiques à réaliser et leur fréquence -connaître les examens complémentaires à réaliser et leur fréquence	Boites de médicaments Ordonnances	Explorer les connaissances du patient Questions ouvertes Mise en situation Apport cognitif	30 min	-jeu de question en lien avec les apports
Instauration d'un nouveau traitement	-exprimer son ressenti et sa compréhension -explorer les difficultés *anticiper les effets indésirables *maîtriser la manipulation -identifier des aides (outils…) sur lesquels s'appuyer pour suivre les indications données par le médecin -identifier les personnes ressources pour accompagner les étapes et le suivi du traitement et/ou des incidents -prévenir l'automédication	-Blason des idées -ordonnance -plan de prise -supports documentaires -PPS -Oscars ETP	-Créer de la confiance (engagement dans la relation) -questions ouvertes -reformulation -identification et focalisation sur les priorités -apport de connaissances et/ou de compétences -proposer un « menu d'actions d'accompagnement »	45 minutes	Questionnaire Morisky Mise en situation Plan de prise
Adaptation du patient a un contexte particulier (professionnel, familial, sportif, grossesse,…)	-explorer le contexte et repérer les éléments défavorables et favorables à l'observance et à la sécurité des traitements -envisager des solutions (ex : emporter des quantités suffisantes de traitement…)	-Blason des idées -supports documentaires	-questions ouvertes -reformulation -mise en situation, jeu de rôle -établissement de plan de prise ou de surveillance (ex si décalage horaire…) -mise à disposition d'outils (piluliers, applications…)	30 min à 45 min	-mise en situation -Questionnaire Morisky - « agenda du traitement »

4. MON TRAITEMENT ET MOI

Mon traitement et moi (1)

Prendre mes traitements	
Avantages	Inconvénients

Ne pas prendre mes traitements	
Avantages	Inconvénients

Ce qui m'aiderait à prendre mes traitements

Ce que j'aimerai faire	Ce que je pourrai faire

Mon traitement et moi (2)

Ou placeriez-vous le curseur ?

Cela n'a aucune importance à	L'état actuel me convient parfaitement	J'aimerai améliorer ce point

La gestion quotidienne de mes traitements	
La manipulation	
La surveillance	
Savoir que faire en cas de crise ou de l'apparition d'un signe d'alerte	
Comprendre à quoi servent chacun des médicaments que je prends	
Adapter ma prise de médicament à une situation particulière	
Bien m'organiser à la suite d'une modification de traitement ou d'un nouveau traitement	

Voudriez-vous rajouter ou préciser quelque chose ?

5. QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d'exploitation de la sécurité des prises)

Proposition	O/N	Conséquences néfastes pour ma santé Pas de conséq. Grandes conséq
J'ai un dossier pharmaceutique que je montre régulièrement à mon médecin généraliste, aux spécialistes ou en cas d'hospitalisation afin que mes médecins soient parfaitement au courant des médicaments que je prends en ce moment	O/N	
Je ne réapprovisionne pas mon ordonnance régulièrement et du coup suis souvent en rupture	O/N	
Mes traitements sont rangés dans un endroit spécifique et adapté	O/N	
Mes traitements sont mélangés avec ceux de ma famille	O/N	
J'ai beaucoup de médicaments dont je ne connais pas les indications dans ma pharmacie	O/N	
Il m'arrive de transformer les médicaments avant de les prendre (ouverture de gélules, broyage de comprimés, mélange avec de la nourriture…)	O/N	
Je prends des médicaments, des plantes, des huiles essentielles, des compléments alimentaires sans que mon médecin ou mon pharmacien en soient informés	O/N	
J'adapte moi-même les doses prescrites à mon état de santé	O/N	
Je sais quoi faire en cas d'oubli de prise d'un médicament	O/N	
Je connais le nom de chacun de mes médicaments	O/N	
Je connais les conditions de conservation de mes médicaments	O/N	
Je signale les évènements indésirables à mon médecin	O/N	
Je sais quoi faire en cas d'accès aigu (traitements de la crise ou de décompensation ou de fièvre…)	O/N	
Je respecte les consignes d'horaires de prise pour chacun de mes médicaments	O/N	
Je connais les consignes d'auto surveillance de mes traitements	O/N	
Mes médicaments sont rangés hors de portée des enfants	O/N	
Je joins les médicaments et déchets de dispositifs aux ordures ménagères lorsque je veux m'en débarrasser.	O/N	
Il m'arrive de ne plus savoir si j'ai pris ou non un médicament	O/N	
Je trouve que mes médicaments sont difficiles à utiliser (ouverture des boites, des blister, comptage de gouttes…)	O/N	

6. RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP

Ces consignes ainsi que le tableau sont inscrites au verso du tableau Velléda format A4 dont le recto comporte le QUIZZ

Demander au patient de remplir le tableau « récit de prise » comment il manipule, s'administre (en mimant éventuellement s'il s'agit d'un dispositif), surveille ce médicament. Faire émerger à l'aide de questions ouvertes ses connaissances et ses ressentis spécifique à ce traitement.

Quelles consignes avez-vous quant à la bonne gestion de ce traitement. Comment les stockez-vous ? De quelles précautions devez-vous vous entourer ? Quand les prenez-vous ? Qui les manipule ? Quelles surveillances particulières vous demandent-ils (INR, …) ?

Cas particuliers : ex Ce traitement est associé à la prise d'un autre médicament, savez-vous lequel ?...

Nom du médicament	Nom du prescripteur	Indication (pourquoi je dois le prendre)	Posologie (quand je le prends)	Consignes (heures de prises, rangement…)	Remarques particulières (évènement, effet…)	Améliorations a mettre en œuvre et co-décidées

7. PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS

Plan de prise des médicaments Date de réalisation : ..... Bilan réalisé par :..... *Attention ceci n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments*	Nom : Prénom : En cas d'oubli de prise de votre traitement il ne faut pas prendre en double le traitement oublié, vous risquez un surdosage. En cas d'oubli ou de double prise vous pouvez contacter votre médecin.

Médicaments	Horaires de prise	Explications				Commentaires
	Matin	Midi	Soir	Coucher		

8. PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS

<table>
<tr><td>Nom du médicament

EXEMPLE</td><td colspan="4">Posologie</td><td>Consignes particulières</td><td>Remarques particulières</td></tr>
<tr><td rowspan="6"> </td><td colspan="4">Une prise par jour de … mg
Les comprimés doivent être pris X h AVANT…</td><td rowspan="6">Alimentation : Utilisation d’une BAD souple, Humidification régulière de la bouche, Protection solaire</td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td>….Comprimés à 25mg</td><td>…. Comprimés à 50 mg</td><td>… Comprimés à 100 mg</td><td></td></tr>
<tr><td>J1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Nom du médicament</td><td colspan="4">Posologie</td><td>Consignes particulières</td><td>Remarques particulières</td></tr>
<tr><td rowspan="6"></td><td colspan="4">Une prise par jour de … mg
Les comprimés doivent être pris X h AVANT…</td><td rowspan="6"></td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td>….Comprimés à 25mg</td><td>…. Comprimés à 50 mg</td><td>… Comprimés à 100 mg</td><td></td></tr>
<tr><td>J1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Nom du médicament</td><td colspan="4">Posologie</td><td>Consignes particulières</td><td>Remarques particulières</td></tr>
<tr><td rowspan="6"></td><td colspan="4">Une prise par jour de … mg
Les comprimés doivent être pris X h AVANT…</td><td rowspan="6"></td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td>….Comprimés à 25mg</td><td>…. Comprimés à 50 mg</td><td>… Comprimés à 100 mg</td><td></td></tr>
<tr><td>J1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>J…</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

9. QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES

QUESTIONNAIRE VISANT A ETUDIER LE RECOURS AUX THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES

Nom : Prénom : Date de naissance :

CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES TISANES ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise	1 bouteille (0,75L)		1 bol (0,50 L)		1 mug (0,25L)	1 tasse (0,15 L)
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES COMPLEMENTS ALIMENTAIRES A BASE DE PLANTES ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise (gélules, comprimés, ampoules ou doses de sirop)	1		2		3	4
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES HERBES CHINOISES ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise	1		2		3	4
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES HUILES ESSENTIELLES PAR VOIE ORALE ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise (gouttes)	< 10		10-20		20-30	> 30
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES VITAMINES ET OLIGO-ELEMENTS ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise (gélules, comprimés, ampoules ou doses de sirop)	1		2		3	4
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES FLEURS DE BACH ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise (gouttes)	< 10		10-20		20-30	> 30
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT DES EPICES ET AROMATES DANS VOTRE ALIMENTATION ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise (cuillères à café)	1		2		3	4
Nom et/ou composition des produits consommés						
CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT D'AUTRES PRODUITS DE MEDECINE NON CONVENTIONNELLE QUE CEUX MENTIONNES PLUS HAUT ?					**OUI**	**NON**
Fréquence	1 ou 2 cures dans l'année	1 fois par mois	1 fois par semaine	2 fois par semaine	1 fois par jour	Plusieurs fois par jour
Quantité par prise						
Nom et/ou composition des produits consommés						

PAR QUI VOUS A ETE CONSEILLE CHACUN DES PRODUITS QUE VOUS PRENEZ (PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES) ?

1. Mon entourage
2. Des magazines
3. Sites Internet
4. Médecin
5. Diététicien
6. Naturopathe
7. Pharmacien
8. IDE
9. Autre : .....
10. Non concerné.

SAVIEZ-VOUS QU'IL PEUT EXISTER DE POTENTIELLES INTERACTIONS ENTRE VOTRE THERAPIE PRESCRITE PAR VOTRE ONCOLOGUE ET LES COMPOSES CITES PLUS HAUT ? OUI

NON

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

10. AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL

Nom : .....

Prénom : .....

DATE	HEURES	*Appréciation par : TB - B - Moy. - M -*			
Nuit du ..... au.....	20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 / 21 23 1 3 5 7 9 11 13 15 17 19	QUALITE DU SOMMEIL	QUALITE DU REVEIL	FORME MATINALE / JOURNEE	TRAITEMENT ET REMARQUES PARTICULIERES
EXEMPLE	☽ ☽	**M**	**TM**	**Moy**	
	↓ ↑ S				

↓ heure de mise

sommeil ou sieste

↑ heure du lever

long réveil

RRR 1/2 sommeil

S Somnolence dans la journée

11. RELEVE D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

Nom : ..... Prénom : .....

Période du relevé : du ..... au .....

Traitement : .....

Cachet de l'officine

Important : Montrer ce document
- **au pharmacien lors de votre venue à l'officine**
- **au médecin à la prochaine consultation**

RELEVE D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le matin avant le petit déjeuner
3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le soir entre le dîner et le coucher
3 jours de suite

Inscrire **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre

Jour 1	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 2	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 3	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	

Jour 2	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 2	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 3	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	

Jour 3	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 2	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	
Mesure 3	__ __ __	__ __ __		__ __ __	__ __ __	

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE

Autotensiomètre

Marque : .....Modèle : .....

☐ poignet ☐ bras

CESPHARM, Janvier 2006