

Pharm'observance 2023

Dossier à renvoyer à l'URPS Pharmaciens PACA

Tout dossier incomplet ne sera pas rémunéré

Tampon de la pharmacie



| Infos Codées | 3 prem lettres num secu du patient | 3 prem lettres nom de famille | DATE D'inclusion | AGE | SEXE | POIDS |
|--|------------------------------------|-------------------------------|------------------|-----|------|-------|
| | | | | | | |
| J'ai pris connaissance de la charte URPS et j'en accepte les clauses | | | | | OUI | NON |
| Mon patient me donne mandat pour valider son engagement dans le programme | | | | | OUI | NON |

Projet de Pharmacie Clinique et de soins pharmaceutiques : Pharm'Observance PACA
Coordination scientifique et ETP : Pr Stéphane Honoré- Dr Félicia Ferrera Bibas
Équipe de projet : Dr Correard (AMU)- Dr T. Desruelles (URPS)- Dr Guidoni (UTIP)-
Mme Lumediluna (AFD)- Dr F. Pasquali (URPS)- Dr Tramini (ORPHIE Provence)
Assistante de direction : Mme Chantal Migone

INCLUSION du PATIENT

Motif d'inclusion dans le programme :

- Observance des traitements
- Sécurité des prises
- Introduction d'un nouveau traitement
- Autre préciser SVP

(Vous pouvez cocher plusieurs motifs)

Pathologies du patient :

- Diabète DT2 Autre Maladie endocrinienne
- Maladie cardio Vasculaire (HTA, IC, ANGOR, FA...)
- Asthme BPCO
- Cancer Maladie Auto-immune
- Polypathologie
- Autres (préciser SVP)

Evaluation de la motivation à prendre le traitement

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Evaluation de la confiance vis-à-vis du traitement

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Score GIRERD initial

| <i>Cocher dans la case oui ou non la réponse du patient</i> | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? | | |
| Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ? | | |
| Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? | | |
| Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | | |
| 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 ? | | |
| Pensez-vous que vous avez trop de médicaments à prendre ? | | |

Entretiens réalisés

- BPM
- Entretiens conventionnels (asthme, AOD, AVK et + !)

Préciser lesquels et le nombre d'entretien

- Bilan Éducatif pour inclusion dans programme ETP
- Autres (préciser SVP ex-sevrage tabagique...)

PAGE A NOUS RETOURNER POUR EVALUATION DU DOSSIER

| INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUE | | Commentaires |
|---------------------------------|---|--------------|
| Problème rencontrés | <input type="checkbox"/> Non-conformité aux référentiels <input type="checkbox"/> Indication non traitée <input type="checkbox"/> Sous-dosage <input type="checkbox"/> Surdosage <input type="checkbox"/> Médicament non indiqué <input type="checkbox"/> Interactions <ul style="list-style-type: none"> ▪ A prendre en compte ▪ Précaution d'emploi ▪ Association déconseillée ▪ Association contre-indiquée <input type="checkbox"/> Effets indésirables <input type="checkbox"/> Voie d'administration inappropriée <input type="checkbox"/> Actions éducatives ciblées à mettre en place <input type="checkbox"/> Autres | |
| Interventions proposées | <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) <input type="checkbox"/> Arrêt <input type="checkbox"/> Substitution <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration <input type="checkbox"/> Optimisation modalités d'administration <input type="checkbox"/> <u>Renforcement du suivi biologique et médical</u> <input type="checkbox"/> Adaptation posologique <input type="checkbox"/> Recours à un réseau <input type="checkbox"/> Programme ETP <input type="checkbox"/> Sevrage Tabagique <input type="checkbox"/> Pharm'Observance <input type="checkbox"/> Autres | |
| Devenir de(s) l'intervention(s) | <input type="checkbox"/> <u>Totalement acceptée par l'équipe médicale</u> <input type="checkbox"/> <u>Partiellement acceptée par l'équipe médicale</u> <input type="checkbox"/> Non acceptée par l'équipe médicale <input type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/> <u>Totalement acceptée par le patient</u> <input type="checkbox"/> <u>Partiellement acceptée par le patient</u> <input type="checkbox"/> <u>Non acceptée par le patient</u> | |

Questionnaire de satisfaction patient

| | | | | | |
|--|-----------------|------------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| Êtes-vous satisfait de la qualité de la prestation reçue | Très satisfait | <u>Satisfait</u> | Moyennement satisfait | Assez insatisfait | Très insatisfait |
| Êtes-vous satisfait des locaux et des entretiens | Très satisfait | <u>Satisfait</u> | Moyennement satisfait | Assez insatisfait | Très insatisfait |
| Avez-vous bénéficié des services que vous attendiez | Oui tout à fait | | En partie | Pas du tout | |
| Pensez-vous que ce service vous a été utile pour mieux prendre soin de vous ? | Oui tout à fait | | En partie | Pas du tout | |
| Si un de vos proche rencontrait un problème avec un de ses traitements pensez-vous que ce genre d'entretien lui serait utile ? | Oui tout à fait | | Peut-être | Pas du tout | |

Actions Éducatives ciblées prioritaires réalisées

Merci de préciser le mode d'évaluation de la compétence acquise par le patient :

- Demander au patient de raconter ce qu'il fait (**RECIT**)
- Demander au patient de montrer comment il fait (**FAIRE FAIRE**)
- Demander au patient de mesurer la satisfaction à l'utilisation d'un outil (**ECHELLE**)
- Poser au patient une question lui permettant de préciser un comportement ... (**QUESTION OUVERTE**)
- Demander au patient ce qu'il ferait dans tel ou tel cas (**MISE EN SITUATION**)
- Autre (préciser)

| | Type d'action | Mode d'évaluation de la compétence |
|---|---|------------------------------------|
| <i>Gestion quotidienne des traitements</i> | <i>Ex : Organiser le stockage et le rangement des médicaments</i> | |
| Gestion quotidienne des traitements | | |
| Apprentissage d'une autosurveillance, automesure, auto-évaluation ou pratique de soins | | |
| Prise en compte de résultats d'une autosurveillance ou automesure | | |
| Application d'une conduite à tenir en cas de crise, d'apparition de signes d'alerte | | |
| Mise en relation d'un problème de santé avec thérapeutiques et soins | | |
| Instauration d'un nouveau traitement | | |
| Adaptation à un contexte particulier | | |
| Actions de suivi mises en place (par ex. lors des délivrances) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mise en place d'un suivi au sein de l'équipe officinale <input type="checkbox"/> Mise en place d'un suivi interpro <input type="checkbox"/> Mise en place d'un suivi avec l'aidant <input type="checkbox"/> Demande au patient de nous tenir informer lors de ses prochaines visites <input type="checkbox"/> Autre ... | | |
| Le patient a-t-il été adressé dans un programme ETP | OUI | NON |
| Le patient a-t-il bénéficié d'une prise en charge sociale ? (PTA, réseau gérontologique ...) | OUI | NON |

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION PHARMACIEN

Un seul questionnaire par envoi

(Pas la peine de le renvoyer pour chaque patient, mais une fois par demande de paiement d'indemnités)

Principaux problèmes rencontrés :

- Contact avec la coordination
- Contact avec les autres soignants de premiers recours
- Ciblage des patients
- Utilisation des livrets patients
- Temps d'entretien trop long
- Implication de l'équipe de la pharmacie
- Temps administratif (courriers, évaluation) trop long
- Problèmes d'organisation
- Autres

Principales difficultés

- Problème de communication avec les professionnels de santé
- Problème de communication avec les patients
- Equipe de la pharmacie (dérangement pendant les entretiens ...)
- Manque de mise à jour des connaissances pharmacothérapeutiques
- Problème de gestion du temps de l'entretien
- Problème d'utilisation des guides d'entretien
- Autres

Quel a été votre principal frein au cours de cette expérience ?

Niveau de satisfaction sur le DESU

Locaux

| | | |
|-----------------|-----------|-------------|
| Oui tout à fait | En partie | Pas du tout |
|-----------------|-----------|-------------|

Intervenants

| | | |
|-----------------|-----------|-------------|
| Oui tout à fait | En partie | Pas du tout |
|-----------------|-----------|-------------|

Contenu

| | | |
|-----------------|-----------|-------------|
| Oui tout à fait | En partie | Pas du tout |
|-----------------|-----------|-------------|

Rémunération

| | | |
|-----------------|-----------|-------------|
| Oui tout à fait | En partie | Pas du tout |
|-----------------|-----------|-------------|

Relations avec l'équipe de coordination

| | | |
|-----------------|-----------|-------------|
| Oui tout à fait | En partie | Pas du tout |
|-----------------|-----------|-------------|

Globalement, je suis

| | | |
|-------------------|------------------------|--------------------------|
| Très satisfait(e) | En partie Satisfait(e) | Pas du tout Satisfait(e) |
|-------------------|------------------------|--------------------------|

En quelques mots :

Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié ?

Le moins apprécié ?

Avez-vous d'autres besoins de formation :

- Oui (indiquer quels domaines)
- Non

Des besoins de formation pour votre équipe ?

- Oui (indiquer quels domaines)
- Non

Vous avez d'autres remarques ?

TAMPON Pharmacie

Nom du Pharmacien Clinicien
(Si différent du titulaire)

Je certifie que j'ai renvoyé la charte d'engagement signée au moins une fois dans l'année

Nombre de dossiers complets
renvoyés

| |
|--|
| |
|--|

Montant d'indemnisation
demandé
(70 euros par dossiers)

| |
|--|
| |
|--|

Fait à

Date