



PHARM'OBSERVANCE PACA 2023

DOSSIER OUTILS PATIENT

*Ce livret vous aide à renseigner le dossier patient
À conserver par le pharmacien*

Coordination scientifique : Professeur Stéphane HONORE- Docteur Florian Correard
Docteur Félicia FERRERA BIBAS

Table des matières

1.	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT AU PROGRAMME	3
2.	LETTRE AU MEDECIN	4
3.	EXEMPLE D'ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE	5
3.	THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER	6
	Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient	6
	LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP	7
	LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES	8
4.	MON TRAITEMENT ET MOI	9
5.	QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d'exploitation de la sécurité des prises)	11
6.	RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP	12
7.	PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS	13
8.	PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS	14
9.	QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES	15
10.	AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL	16
11.	RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE	17

Formulaire de Consentement du programme
« **COMPRENDRE ET GERER SON TRAITEMENT** »

Tampon pharmacie

Mon pharmacien, Le Docteurm'a proposé de participer à des entretiens pour me permettre de mieux **COMPRENDRE ET GERER MON TRAITEMENT.**

J'ai été mis au courant des modalités de déroulement de ce programme.

- J'accepte que les professionnels de santé du programme partagent entre eux et avec mon médecin généraliste des informations concernant ma santé.
- Je n'accepte pas que les professionnels de santé du programme échangent entre eux des informations concernant ma santé et cependant, j'accepte de participer au programme.
- J'accepte que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu'il renseigne mon Dossier Médical Partagé**
- Je n'accepte pas que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu'il renseigne mon Dossier Médical Partagé**

Je garde le libre choix des professionnels qui interviennent pour ma santé.

Ma participation est totalement volontaire et je peux, si je le désire interrompre ce suivi à tout moment et changer de pharmacie sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les responsabilités des soignants et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce suivi, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6/08/2004)

***J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées lors de cet entretien**

Fait à -----

Le -----/-----/-----

Signature du patient

Signature pharmacien

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

3 EXEMPLE D'ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE

Exemples d'échelle de mesure de la compétence

Compétence à transmettre	Méthode d'évaluation de la compétence
<p>Gestion quotidienne des traitements</p> <p>Vous avez constaté une désorganisation dans les prises de médicament (ex vous avez recruté la personne parce que lors d'un renouvellement la personne vous demande une boîte de plus d'un médicament car il en a trop de celui-là et jamais assez de celui-là ...). Lors de l'entretien vous co-décidez avec le patient de <input type="checkbox"/> mettre en place un plan de prise et <input type="checkbox"/> la constitution par le patient d'un pilulier hebdomadaire</p> <p><input type="checkbox"/> Mettre en place un plan de prise (PP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser le Plan de Prise avec le patient - Mettre à disposition le plan de prise pour qu'il soit utilisable par le patient à chaque réalisation de pilulier - Envisager les situations exceptionnelles (voyage, sortie...) - Organiser le stockage et le rangement des médicaments - Mettre en place des alarmes ou des signaux pour rappeler les moments de prise - Organiser le réapprovisionnement des médicaments (Boîtes de 30, de 28 – DM ..) - Connaître les personnes ressources en cas de modification du PP (Pharmacien / MT) ou dans le cas de médicaments à la demande - Savoir quels sont les recours possibles à une automédication raisonnée - Organiser la gestion des déchets (cyclamed, dastri) - Savoir quoi faire en cas d'oubli de prise ou de doute - Savoir inclure un médicament pour une affection intercurrente <p><input type="checkbox"/> Mettre en place un pilulier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer un outil adapté au projet de vie du patient (quotidien, hebdomadaire, mensuel...) - Disposer du PP lors de la réalisation du pilulier - Mettre en place une méthode de constitution du pilulier (ex compter les médicaments dans les alvéoles, les prendre un par un, cocher sur le PP...) - S'assurer du rangement avant et après la constitution du pilulier - Mettre en place une méthode de vérification avant chaque prise (ex à midi je dois prendre 3 cp un rose, un blanc ovale, un blanc rond ...) - Organiser la prise des médicaments hors piluliers ou à la demande (collyres, DM, sachets, médicaments à conservation particulière ex anticancéreux) - Organiser l'éventuelle inclusion de médicaments intercurrents (antibiotiques...) - Rangement du pilulier dans un endroit adéquat 	<p><input type="checkbox"/> Récit de prise « Pouvez-vous me raconter comment vous vous êtes organisé à la suite de la réalisation du plan de prise que nous avons fait ensemble ? »</p> <p><input type="checkbox"/> Récit des modifications mises en place « à la suite de notre précédent entretien, qu'avez-vous modifié dans la gestion de vos traitements ? » ou décrire une situation inhabituelle et demander ce que le patient ferait ?</p> <p><input type="checkbox"/> Récit d'application du plan de prise en cas de SNA* : « Comment avez-vous géré vos prises dans la situation XXX... »</p> <p><input type="checkbox"/> Récit de la manipulation ou de l'utilisation (protocole) d'un produit de santé <input type="checkbox"/> Demander de réaliser la manipulation ou expliquer le déroulement de l'utilisation d'un DM</p> <p><input type="checkbox"/> Demander ce que le patient ferait en cas de situation nécessitant autoMéd. <input type="checkbox"/> Demander ce qui est fait des blisters vides, des DM usagés... <input type="checkbox"/> demander comment sont rangés les médicaments...</p> <p><input type="checkbox"/> Mettre en place un pilulier</p> <p><input type="checkbox"/> Vérifier si l'outil est l'aide est adaptée - Ex si IDE « pourriez-vous me dire ce que vous a apporté (ce qu'a changé) l'intervention de l'IDE (ou la réalisation du pilulier ?) ou la mise en place de l'alarme ou du sticker sur le frigo ??? ». Qu'est ce que vous souhaieriez modifier dans cette organisation ? »</p> <p><input type="checkbox"/> Demander de raconter les différentes étapes de la constitution du pilulier</p> <p><input type="checkbox"/> Demander de raconter le recours quotidien au pilulier (ex il est sur la table de la cuisine et je l'ouvre avant de manger...)</p> <p><input type="checkbox"/> Echelle d'évaluation de la satisfaction de la mise en œuvre de l'outil ou aide proposée!</p> <p>Dans les deux cas possibilité de valider sur une échelle les compétences mise en œuvre :</p> <p>Ex sur une échelle de 0 (pas du tout) à 5 (tout à fait) pouvez-vous me dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si les modifications apportées vous conviennent ? <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas sauté de prise de médicament dans la période <input type="checkbox"/> Votre pilulier (ou le PPP) est accessible et utilisable chaque fois sans problème <input type="checkbox"/> Vous savez combien vous devez prendre de médicaments le matin, le midi et le soir <input type="checkbox"/> Les médicaments qui ne rentrent pas dans le pilulier sont disponibles facilement et sans risque d'erreur ou d'oubli! <input type="checkbox"/> Vous réapprovisionnez vos médicaments dans les temps <input type="checkbox"/> Vous avez identifié qui peut vous aider à modifier le pilulier si besoin <input type="checkbox"/> Vous savez quoi faire pour chaque médicament en cas d'oubli <input type="checkbox"/> Vous êtes satisfait de cette nouvelle organisation

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	<p>Exprimer et identifier</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 	<p>Echelles Blason des idées (voir annexe) Boites du traitement du patient et ordonnances Quizz sécurité</p>	<p>Entretien individuel au sein d'un espace confidentiel ou au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> -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	<p>Plan Pharmaceutique Personnalisé PPP Co-décidé</p>

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 -entraînement 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	Boîtes 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 »



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'aimerais faire	Ce que je pourrai faire



Mon traitement et moi (2)

Où placeriez-vous le curseur ? 

Cela n'a aucune
importance à

L'état actuel me
convient
parfaitement

J'aimerais 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 ?

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, ...) ?

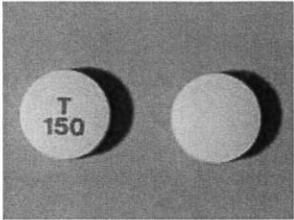
Cas particuliers : ex Ce traitement est associé à la prise d'un autre médicament, savez-vous lequel ?...

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

<p style="text-align: center;">Plan de prise des médicaments</p> <p>Date de réalisation :</p> <p style="text-align: center;">Bilan réalisé par :.....</p> <p><small>Attention ceci n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments</small></p>	<p>Nom : Prénom :</p> <p>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.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Médicaments	Horaires de prise	Explications				Commentaires
	Matin	Midi	Soir	Coucher		

8. PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS

Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
EXEMPLE					
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				Alimentation : Utilisation d'une BAD souple, Humidification régulière de la bouche, Protection solaire
	J...	....Comprimés à 25mg	... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				
Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				
	J...	....Comprimés à 25mg	... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				
Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				
	J...	....Comprimés à 25mg	... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				

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

11. RELEVÉ 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

RELEVÉ 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



PHARM'OBSERVANCE PACA 2023

Coordination scientifique : Professeur Stéphane HONORE- Docteur Florian Correard
Docteur Félicia FERRERA BIBAS

DOSSIER PATIENT à renvoyer à l'URPS

PHARMACIENS PACA

37/39 bd Vincent Delpuech

13006 Marseille



PHARM'OBSERVANCE PACA 2023

DOSSIER OUTILS PATIENT

*Ce livret vous aide à renseigner le dossier patient
À conserver par le pharmacien*

Coordination scientifique : Professeur Stéphane HONORE- Docteur Florian Correard
Docteur Félicia FERRERA BIBAS

Table des matières

1.	FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT AU PROGRAMME	3
2.	LETTRE AU MEDECIN	4
3.	EXEMPLE D'ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE	5
4.	FICHE DE LIAISON VILLE HOPITAL	6
5.	THEMATIQUES ET OBJECTIFS DES SEANCES A PROPOSER	7
	Rappel : thème des toutes les séances à proposer au patient	7
	LISTE ET OBJECTIFS DES ACTIONS ETP	8
	LISTE DES ACTES EDUCATIFS A PROPOSER EN FIN DE PRIORITES CO DECIDEES	9
6.	MON TRAITEMENT ET MOI	10
7.	QUIZZ : MON TRAITEMENT ET MOI (outil d'exploitation de la sécurité des prises)	12
8.	RECIT DE PRISE POUR ELABORATION DU PPP	13
9.	PLAN DE PRISE DE MEDICAMENTS	14
10.	PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS	15
11.	QUESTIONNAIRE THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES	16
12.	AGENDA DE VIGILANCE ET DE SOMMEIL	17
13.	RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE	18
14.	QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE sf-12	Erreur ! Signet non défini.

Formulaire de Consentement du programme
« **COMPRENDRE ET GERER SON TRAITEMENT** »

Tampon pharmacie



Mon pharmacien, Le Docteurm'a proposé de participer à des entretiens pour me permettre de mieux **COMPRENDRE ET GERER MON TRAITEMENT.**

J'ai été mis au courant des modalités de déroulement de ce programme.

- J'accepte que les professionnels de santé du programme partagent entre eux et avec mon médecin généraliste des informations concernant ma santé.
- Je n'accepte pas que les professionnels de santé du programme échangent entre eux des informations concernant ma santé et cependant, j'accepte de participer au programme.
- J'accepte que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu'il renseigne mon Dossier Médical Partagé**
- Je n'accepte pas que mon pharmacien crée mon Dossier Pharmaceutique et/ou qu'il renseigne mon Dossier Médical Partagé**

Je garde le libre choix des professionnels qui interviennent pour ma santé.

Ma participation est totalement volontaire et je peux, si je le désire interrompre ce suivi à tout moment et changer de pharmacie sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Mon consentement ne décharge pas les responsabilités des soignants et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je bénéficie à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées me concernant dans le cadre de ce suivi, conformément aux dispositions légales en vigueur. En ce qui concerne des données de santé à caractère personnel, ce droit pourra être directement exercé par moi ou par l'intermédiaire du médecin de mon choix. (Loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi du 6/08/2004)

***J'accepte librement et volontairement de participer à ce programme dans les conditions précisées lors de cet entretien**

Fait à

Le -----/-----/-----

Signature du patient

Signature pharmacien

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

3 EXEMPLE D'ECHELLE DE MESURE DE LA COMPETENCE

Exemples d'échelle de mesure de la compétence

Compétence à transmettre	Méthode d'évaluation de la compétence
<p>Gestion quotidienne des traitements</p> <p>Vous avez constaté une désorganisation dans les prises de médicament (ex vous avez recruté la personne parce que lors d'un renouvellement la personne vous demande une boîte de plus d'un médicament car il en a trop de celui-là et jamais assez de celui-là ...). Lors de l'entretien vous co-décidez avec le patient de <input type="checkbox"/>mettre en place un plan de prise et <input type="checkbox"/>la constitution par le patient d'un pilulier hebdomadaire</p> <p><input type="checkbox"/>Mettre en place un plan de prise (PP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser le Plan de Prise avec le patient - Mettre à disposition le plan de prise pour qu'il soit utilisable par le patient à chaque réalisation de pilulier - Envisager les situations exceptionnelles (voyage, sortie...) - Organiser le stockage et le rangement des médicaments - Mettre en place des alarmes ou des signaux pour rappeler les moments de prise - Organiser le réapprovisionnement des médicaments (Boîtes de 30, de 28 – DM ..) - Connaître les personnes ressources en cas de modification du PP (Pharmacien / MT) ou dans le cas de médicaments à la demande - Savoir quels sont les recours possibles à une automédication raisonnée - Organiser la gestion des déchets (cyclamed, dastri) - Savoir quoi faire en cas d'oubli de prise ou de doute - Savoir inclure un médicament pour une affection intercurrente <p><input type="checkbox"/>Mettre en place un pilulier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proposer un outil adapté au projet de vie du patient (quotidien, hebdomadaire, mensuel...) - Disposer du PP lors de la réalisation du pilulier - Mettre en place une méthode de constitution du pilulier (ex compter les médicaments dans les alvéoles, les prendre un par un, cocher sur le PP...) - S'assurer du rangement avant et après la constitution du pilulier - Mettre en place une méthode de vérification avant chaque prise (ex à midi je dois prendre 3 cp un rose, un blanc ovale, un blanc rond ...) - Organiser la prise des médicaments hors piluliers ou à la demande (collyres, DM, sachets, médicaments à conservation particulière ex anticancéreux) - Organiser l'éventuelle inclusion de médicaments intercurrents (antibiotiques...) - Rangement du pilulier dans un endroit adéquat 	<p>Méthode d'évaluation de la compétence</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Récit de prise « Pouvez-vous me raconter comment vous vous êtes organisé à la suite de la réalisation du plan de prise que nous avons fait ensemble ? » <input type="checkbox"/> Récit des modifications mises en place « à la suite de notre précédent entretien, qu'avez-vous modifié dans la gestion de vos traitements ? » ou décrire une situation inhabituelle et demander ce que le patient ferait ? <input type="checkbox"/> Récit d'application du plan de prise en cas de SNA* : « Comment avez-vous géré vos prises dans la situation XXX... » <input type="checkbox"/> Récit de la manipulation ou de l'utilisation (protocole) d'un produit de santé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Demander de réaliser la manipulation ou expliquer le déroulement de l'utilisation d'un DM <input type="checkbox"/> Demander ce que le patient ferait en cas de situation nécessitant autoMéd. <input type="checkbox"/> Demander ce qui est fait des blisters vides, des DM usagés... <input type="checkbox"/> demander comment sont rangés les médicaments... <p><input type="checkbox"/>Mettre en place un pilulier</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier si l'outil est l'aide est adaptée - Ex si IDE « pourriez-vous me dire ce que vous a apporté (ce qui a changé) l'intervention de l'IDE (ou la réalisation du pilulier ?) ou la mise en place de l'alarme ou du sticker sur le frigo ??? ». Qu'est ce que vous souhaiteriez modifier dans cette organisation ? » <input type="checkbox"/> Demander de raconter les différentes étapes de la constitution du pilulier <input type="checkbox"/> Demander de raconter le recours quotidien au pilulier (ex il est sur la table de la cuisine et je l'ouvre avant de manger...) <input type="checkbox"/> Échelle d'évaluation de la satisfaction de la mise en œuvre de l'outil ou aide proposée! <p>Dans les deux cas possibilité de valider sur une échelle les compétences mise en œuvre :</p> <p>Ex sur une échelle de 0 (pas du tout) à 5 (tout à fait) pouvez-vous me dire</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si les modifications apportées vous conviennent ? <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas sauté de prise de médicament dans la période <input type="checkbox"/> Votre pilulier (ou le PPP) est accessible et utilisable chaque fois sans problème <input type="checkbox"/> Vous savez combien vous devez prendre de médicaments le matin, le midi et le soir <input type="checkbox"/> Les médicaments qui ne rentrent pas dans le pilulier sont disponibles facilement et sans risque d'erreur ou d'oubli <input type="checkbox"/> Vous réapprovisionnez vos médicaments dans les temps <input type="checkbox"/> Vous avez identifié qui peut vous aider à modifier le pilulier si besoin <input type="checkbox"/> Vous savez quoi faire pour chaque médicament en cas d'oubli <input type="checkbox"/> Vous êtes satisfait de cette nouvelle organisation

4. 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 : Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance :
 N° de sécurité sociale :
 Adresse :

 n° de tél. fixe :
 n° de tél. portable :
 Mail :

Personne à contacter :

Nom :

Prénom :

n° de tél. :

PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE VILLE

Médecin Traitant : Tél : Courriel : Fax :	Pharmacie et Matériel médical : Tél : Courriel : Fax :
Infirmier Libéral : Tél : Courriel : Fax :	Masseur Kinésithérapeute : Tél : Courriel : Fax :
Chirurgien-dentiste : Tél : Courriel : Fax :	Orthophoniste : Tél : Courriel : Fax :
Podologue : Tél : Courriel : Fax :	Sage-femme : Tél : Courriel : Fax :
Orthoptiste : 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 :

5. 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	<p><u>Exprimer et identifier</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -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 	<p>Echelles Blason des idées (voir annexe) Boites du traitement du patient et ordonnances Quizz sécurité</p>	<p>Entretien individuel au sein d'un espace confidentiel ou au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> -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	<p>Plan Pharmaceutique Personnalisé PPP Co-décidé</p>

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 -entraînement 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	<ul style="list-style-type: none"> -comprendre ses ordonnances -comprendre la raison des suivis biologiques à réaliser et leur fréquence -connaître les examens complémentaires à réaliser et leur fréquence 	<ul style="list-style-type: none"> Boites de médicaments Ordonnances 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> -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 	<ul style="list-style-type: none"> -Blason des idées -ordonnance -plan de prise -supports documentaires -PPS -Oscars ETP 	<ul style="list-style-type: none"> -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	<ul style="list-style-type: none"> Questionnaire Morisky Mise en situation Plan de prise
Adaptation du patient a un contexte particulier (professionnel, familial, sportif, grossesse,...)	<ul style="list-style-type: none"> -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...) 	<ul style="list-style-type: none"> -Blason des idées -supports documentaires 	<ul style="list-style-type: none"> -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	<ul style="list-style-type: none"> -mise en situation -Questionnaire Morisky - « agenda du traitement »



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'aimerais faire	Ce que je pourrai faire



Mon traitement et moi (2)

Où placeriez-vous le curseur ?



Cela n'a aucune
importance à

L'état actuel me
convient
parfaitement

J'aimerais 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 ?

8. 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, ...) ?

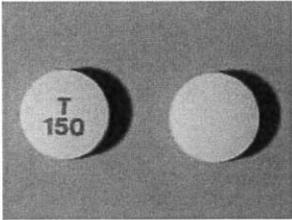
Cas particuliers : ex Ce traitement est associé à la prise d'un autre médicament, savez-vous lequel ?...

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

<p>Plan de prise des médicaments</p> <p>Date de réalisation :</p> <p>Bilan réalisé par :.....</p> <p><small>Attention ceci n'est pas une ordonnance, c'est un support pour vous accompagner dans la prise de vos médicaments</small></p>	<p>Nom : Prénom :</p> <p>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.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Médicaments	Horaires de prise	Explications				Commentaires
	Matin	Midi	Soir	Coucher		

10. PLAN DE PRISE MEDICAMENTS PARTICULIERS

Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
EXEMPLE					
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				Alimentation : Utilisation d'une BAD souple, Humidification régulière de la bouche, Protection solaire
	J...	....Comprimés à 25mg	.... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				
Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				
	J...	....Comprimés à 25mg	.... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				
Nom du médicament	Posologie			Consignes particulières	Remarques particulières
	Une prise par jour de ... mg Les comprimés doivent être pris X h AVANT...				
	J...	....Comprimés à 25mg	.... Comprimés à 50 mg	... Comprimés à 100 mg
	J1				
	J2				
	J3				
	J...				

11. 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 COMPLEMENTES 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 ?

NON OUI

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

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

RELEVÉ 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 :
		<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/> bras

CESPHARM, Janvier 2006