

Inclusion du Patient									
<b>Motif d'inclusion dans le programme</b> ( Vous pouvez cocher plusieurs motifs )	<input type="checkbox"/> Observance des traitements <input type="checkbox"/> Sécurité des prises <input type="checkbox"/> Introduction d'un nouveau traitement <input type="checkbox"/> Autres préciser svp						<b>Tampon de la Pharmacie</b>  <input type="checkbox"/> Je certifie que mon patient n'est éligible à aucun entretien conventionnel ni au BPM		
<b>Pathologies du patient</b>  <b>Sexe :</b>  <b>Age :</b>	<input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> DT2 <input type="checkbox"/> Autre maladie endocrinienne <input type="checkbox"/> Maladie cardio vasculaire ( HTA, IC, ANGOR, FA...) <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Maladie Auto-immune <input type="checkbox"/> Polyopathie <input type="checkbox"/> Autres (préciser svp)								
Observance / Adhésion Bilan de médication									
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
<b>MPR</b> → Médicament possession ratio. Le patient vient chercher régulièrement ses traitements et le nombre de comprimés à prendre correspond à l'intervalle entre 2 dispensations (Cf LGO)								OUI	NON
<b>Entretiens réalisés</b>		<input type="checkbox"/> BPM <input type="checkbox"/> Entretiens conventionnels (asthme, AOD, AVK...) <b>Précisez lesquels et le nombre d'entretien</b> <input type="checkbox"/> Bilan éducatif pour inclusion dans programme ETP <input type="checkbox"/> Autres ( préciser svp ex : sevrage tabagique... )							
Bilan de médication - Interventions pharmaceutiques élaborées (selon le codage en vigueur SFPC, une formation est disponible sur le site URPS Pharmaciens PACA) exemple d'information à retranscrire dans le tableau ci-dessous selon l'exemple la ou les Interventions Pharmaceutiques réalisées. (Le BM ne donnera lieu à paiement que dans le cadre d'IP)									
4. Identification du problème				Molécule(s)		Intervention. Proposée			
<b>Exemple :</b>				<b>3-4 Associations contre-indiquées</b>		<b>Cyamémazine Escitalopram</b>		<b>6- Changement de médicament 7- Refus de délivrer</b>	
1									
2									
3									
<b>Si besoin utiliser le verso de la feuille pour compléter vos entretiens</b>									

**Total à régler 25€**

Actions Éducatives ciblées prioritaires réalisée		
Action Educative Ciblée proposée	Type d'action réalisée pour améliorer les compétences et connaissances du patient	Mode d'évaluation de l'Action* se référer à l'annexe 3
<b>Gestion quotidienne des traitements</b>	<b>Ex : Organiser le stockage et le rangement des médicaments</b>	<b>Ex : FAIRE FAIRE</b>
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		

**Total à régler 25€**

Mesure de la satisfaction du patient			
Pensez-vous avoir amélioré les compétences et les connaissances de votre patient pour gérer ses traitements ?	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vous a-t-il semblé satisfait de votre prestation ?	OUI	NON	NE SAIT PAS
Souhaitez-vous partager une réflexion susceptible d'améliorer le dispositif Pharm'Observance ? :			

**Voir rubrique ACT-IP**

**Page à nous retourner pour évaluation du dossier**

**Suite du tableau du Bilan de Médication**

4.	4. Identification du problème	Molécule(s)	Intervention Proposée
	<i>Exemple :</i>	<b>Cyamémazine Escitalopram</b>	<b>6- Changement de médicament 7- Refus de délivrer</b>
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

**Remarque sur le bilan de médication :**

## Annexe 1 - Résultat du teste GIRERD

Merci de vous servir de ce tableau pour nous donner le score obtenu à l'interrogatoire du patient

Score GIRERD initial	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 ne pas 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 ?		

« Oui » a une valeur de 1 point, « non » une valeur de 0 point. L'addition des points de chaque question permet d'obtenir un score compris entre 0 et 6.

Noter les Scor :


## Annexe 3 pour vous aider à remplir le mode d'évaluation des compétences acquises pour votre patient

- Demander au patient de raconter ce qu'il fait
- Demander au patient de montrer comment il fait
- Demander au patient de mesurer la satisfaction à l'utilisation d'un outil
- Poser au patient une question lui permettant de préciser un comportement
- Demander au patient ce qu'il ferait dans tel ou tel cas
- Autre (préciser)

## Annexe 2 - Fiche de codage

### Fiches de codage

Voici la fiche d'intervention pharmaceutique officinale implantée dans Act-IP officine. Elle est accompagnée d'une notice explicative de deux pages qui permet de préciser les codifications des problèmes et des interventions. Elle constitue une aide précieuse lorsqu'on débute dans la codification des interventions.

<a href="https://actip-officine.sfpc.eu">https://actip-officine.sfpc.eu</a>		<b>Fiche Intervention Pharmaceutique OFFICINE</b>	
<b>1/ Identification Générale</b>	Date : .. / .. / ....	Opérateur :	
<b>2/ Identification Patient</b>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	N° Facture :	
<b>3/ Identification Prescripteur</b>	Age : <input type="checkbox"/> Années <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Semaines	ID logiciel patient :	
<b>4/ Identification du problème</b>	Nom & Prénom :	Type prescripteur : <input type="checkbox"/> Interne	
	Statut : _____	<input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Ville	
	1- <input type="checkbox"/> Contre-indication/Non-conformité aux référentiels 2- <input type="checkbox"/> Problème de posologie 3- <input type="checkbox"/> Interaction Médicamenteuse 3.1- <input type="checkbox"/> A prendre en compte 3.2- <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi 3.3- <input type="checkbox"/> Association déconseillée 3.4- <input type="checkbox"/> Association contre-indiquée 3.5- <input type="checkbox"/> Publiée 4- <input type="checkbox"/> Effet indésirable 5- <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 6- <input type="checkbox"/> Médicament ou dispositif non reçu par le patient 6.1- <input type="checkbox"/> Indisponibilité 6.2- <input type="checkbox"/> Inobservance 6.3- <input type="checkbox"/> Incompatibilité physico-chimique 7- <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 8- <input type="checkbox"/> Redondance 9- <input type="checkbox"/> Prescription non conforme 9.1- <input type="checkbox"/> Support ou prescripteur 9.2- <input type="checkbox"/> Manque de clarté 9.3- <input type="checkbox"/> Voie d'administration 10- <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre 11- <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance	<b>Médicaments :</b>	
		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
		<b>Détail du problème :</b>	
<b>5/ Intervention</b>	<b>6/ Devenir de l'intervention</b>	<b>7/ Mode de transmission</b>	
1. <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 2. <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3. <input type="checkbox"/> Amélioration de la méthode de dispensation/d'administration 4. <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 5. <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 6. <input type="checkbox"/> Changement de médicament 7. <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer	1. <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 2. <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 3. <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 4. <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 5. <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 6. <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 7. <input type="checkbox"/> Non acceptation du patient	<input type="checkbox"/> Oralement <input type="checkbox"/> Appel téléphonique <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Voie électronique sécurisée <input type="checkbox"/> Voie électronique non sécurisée <input type="checkbox"/> Texto/Messagerie instantanée	
<b>Détail du contexte de l'intervention:</b>	<b>Détail du Résultat :</b>		
<b>Cotation Impact Clinique :</b>	<input type="checkbox"/> -1C Nuisible <input type="checkbox"/> 0C Nul <input type="checkbox"/> 1C Mineur <input type="checkbox"/> 2C Moyen <input type="checkbox"/> 3C Majeur <input type="checkbox"/> 4C Vital <input type="checkbox"/> ND Non Déterminé		
<b>Cotation Impact Economique :</b>	<input type="checkbox"/> -1E Augmentation du coût <input type="checkbox"/> 0E Pas de changement <input type="checkbox"/> 1E Réduction du coût <input type="checkbox"/> ND Non Déterminé		
<b>Cotation Impact Organisationnelle :</b>	<input type="checkbox"/> -1O Défavorable <input type="checkbox"/> 0O Nul <input type="checkbox"/> 1O Favorable <input type="checkbox"/> ND Non Déterminé		

SFPC

>>>