

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE d'ENTREE avec le patient et/ou ses proches



réalisé OUI NON le : / / auprès du patient OUI NON auprès d'un proche OUI NON nom :

Signature nom fonction du pharmacien (externe, interne, sénior) :

<p>Mode de vie / histoire de la maladie</p> <p>Mode d'hospitalisation</p> <p>Vit EHPAD / domicile</p> <p>Aidant(s)</p> <p>Activités / loisirs</p> <p>Impact des problèmes de santé sur le quotidien</p>	<p>Pharmacie (s) de ville identifiée(s)</p>	<p>Médecin (s) de ville identifié(s)</p>	<p>IDE de ville identifié(s)</p>
Organisation à la maison / gestion des prises médicamenteuses			
<p>Comment faites-vous pour récupérer vos médicaments ?</p> <p>Va lui-même à la pharmacie <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>DP ouvert <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Prépare seul médicaments <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Participation d'un aidant <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>IDE à domicile que pour les injections <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>IDE à domicile pour tous médicaments <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Pilulier <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Ordonnances personnelles apportées <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Boites médicaments apportées <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Boites dans chambre d'hôpital du patient <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>Comment faites-vous pour préparer vos médicaments ?</p> <p>Le patient présente des difficultés dans la préparation de ses prises (difficultés de reconnaissance, de lecture, génériques, erreurs de pilulier, prise sur des moments différents de ceux prescrits...)</p>	<p>Comment faites-vous pour prendre vos médicaments ?</p> <p>Le patient présente des difficultés pour s'auto-administrer un médicament (difficultés de préhension, d'injection SC, de comptage de gouttes, mauvaise coordination du geste pour l'inhalation, besoin d'écraser des médicaments ...)</p>	<p>Intolérance médicamenteuse ressentez-vous/avez-vous ressenti des effets indésirables ?</p> <hr/> <p>Allergie (préciser les symptômes cliniques et si l'allergie est documentée /probable / éventuelle)</p>
<p>Automédication / Gestion douleur à la maison</p>	<p>Vaccination pensez-vous être à jour ? (tétanos, grippe, pneumo...)</p>	<p>Suivi biologique comment ça se passe au quotidien ? (INR, glycémie, HbA1c, suivi thérapeutique...)</p>	<p>Avez-vous besoin d'information sur le médicament ?</p>
<p>Adhésion médicamenteuse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echelle évaluée à ____ / 4 (score = 4 adhésion forte ; score = 3 adhésion moyenne ; score < 3 adhésion faible) - Le patient pense-t-il devoir prendre trop de médicaments : oui / non - Quel(s) médicament(s) évalué(s) en difficulté d'adhésion : 			

Synthèse et avis pharmaceutique (pharmacien, *a minima* interne en pharmacie, date + signature)