

Formulaire d'Entretien Pharmaceutique DE SUIVI de traitement anticancéreux oral

Informations générales sur le patient (via RCP si renseigné)

Consentement informatisation des données : OUI NON

Nom de naissance : Nom d'usage : Prénom :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : / / Ville de naissance :

Ville de résidence :

Adresse : Code postal :

Situation familiale :

Historique et coordonnées utiles (via RCP si renseigné)

Intitulé et date dernière RCP validée : Le / /

Date de la consultation d'annonce médicale : / /

Nom du médecin référent. Etablissement du médecin référent

Coordonnées du médecin référent :

Nom du médecin traitant :

Consultation d'accompagnement soignant (CAS) réalisée : Oui Non Si oui, le / /

Coordonnées de l'équipe soignante du patient :

Pharmacie d'officine référente :

Coordonnées des autres correspondants Coordonnées. (annuaire des professionnels)

Lésion (via RCP si renseigné)

Siège de la tumeur primitive (Localisation) :

Date de diagnostic de la pathologie :

Stade clinique initial (si applicable) : Stade T : Stade N : Stade M : Autre(s) stade (s)

Co morbidités (via RCP si renseigné)

Pour chaque comorbidité cochée, indiquer une date de début

Pathologie cardiovasculaire

Artérite des membres inférieurs
HTA
Insuffisance coronarienne
Valvulopathie
Trouble du rythme
Insuffisance cardiaque
Autre

Pathologie métabolique

Diabète
Obésité
Hyperlipidémie
Autre

Pathologie hépato-digestive

Insuffisance hépatique
Cirrhose
Autre

Pathologie rénale neuropsychiatrique

Insuffisance rénale
Autre

Pathologie respiratoire

Insuffisance respiratoire
Asthme
BPCO
Autre

Pathologie

Polynévrite
Syndrome démentiel
Autre

Grossesse

..

Traitements associés

Anticoagulant
Antiagrégant

Autres :

Octobre 2018

Page 1 sur 6

Etat général (via RCP si renseigné)

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 NSP Date de l'OMS : / /

0 : *Activité extérieure normale sans restriction*
1 : *Réduction des efforts physiques intenses*
2 : *Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée*

3 : *Doit être alité plus de 50 % de la journée*
4 : *Incapacité totale, alitement fréquent ou constant*

Poids actuel : Poids habituel (en kg) :

Variation de poids en % : Taille (en cm) : IMC : (taille/poids²) :

Score G8 : (à afficher uniquement si l'âge du patient ≥ à 75ans) Date du G8 : / /

Antécédents (via RCP si renseigné)

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Statut thérapeutique de la maladie / Traitements en cours (via RCP si renseigné)

Traitement (choix multiple)	Commentaires	Date de traitement

Plan de traitement par ordre chronologique (via PPS si renseigné)

Type de traitement (choix multiple)	Type de traitement détaillé	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel

Introduction de l'entretien

Date de l'entretien : / / Date de l'entretien d'initiation : / /

Patient accompagné ? Seul Conjoint Un proche Autre _____

Présenter les objectifs de l'EP et expliquer son déroulé

Le patient a-t-il des attentes particulières quant à cet entretien pharmaceutique ? Oui Non

Si oui, lesquels

+++

Traitement en cours

✚ Bilan médicamenteux (repris de l'EP d'initiation)

Traitement habituel* En DCI	Voie d'administration / Forme pharmaceutique	Dosage	Posologie	Indications	Date début	Date fin
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

*Les traitements anticancéreux sont indiqués en 1er

+++

Par rapport au 1^{er} entretien, y-a-t-il eu des modifications de votre traitement habituel ?

- Si **suppression** d'un médicament : barrer la ligne dans le tableau
- Si **nouveau** médicament : ajouter une ligne dans le tableau

✚ Gestion des traitements

- Qui s'occupe de préparer les traitements ?
 Vous-même
 Un aidant
 une infirmière
- Comment s'organise la prise du traitement ?
 Votre conjoint
 un proche
- Pilulier
 Alarme
- Autre _____

Gestion du traitement (autonomie) : Bonne Moyenne Mauvaise

Commentaires _____

+++

✚ Evaluation de l'adhésion thérapeutique aux traitements (Questionnaire Assurance Maladie)

- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ? Oui Non
- Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ? Oui Non
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? Oui Non
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? Oui Non
- 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 ? Oui Non

• Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Oui Non

6 réponses NON : Bonne observance 4 ≤ Réponses NON < 6 : Non observance mineure
 Réponses NON < 4 : Non observance

Adhésion thérapeutique (observance) : Bonne Moyenne Mauvaise

Commentaires _____

+++

✚ Automédication et médecines alternatives (repris de l'EP d'initiation)

Autres médicaments suivies	Nom du produit	Raison de la prise	Fréquence de prise	Médecin informé ?
Médicaments hors prescription				
Compléments alimentaires				
Homéopathie				
Aromathérapie				
Phytothérapie				
Autres				

+++

Des produits à risque ont été arrêtés ? Oui Non si oui, lesquels

Vie quotidienne

Si le patient est fumeur :

Etes-vous parvenu à réduire votre consommation ? Oui Non Consommation actuelle : _____ cigarettes/jour

Si le patient pratiquait une activité physique lors du 1^{er} entretien :

Continuez-vous à pratiquer votre activité physique ? Oui Non si non, pourquoi ?

+++

Si le patient ne pratiquait pas d'activité physique :

Avez-vous eu l'occasion de rencontrer des professionnels APA ? Oui Non

Si oui, avez-vous participé à ces APA ? Oui Non si non, pourquoi ? _____ ++

Si nécessaire, reposer une prise en charge des addictions et/ou orienter vers des professionnels SOS

Connaissance du traitement anticancéreux

Check liste pour l'évaluation des connaissances du patient sur le(s) traitement(s) initié(s).

Médicament 1 :

- Nom commercial et forme galénique Acquis Non acquis
- Lieu de dispensation (officine ou PUI) Acquis Non acquis
- Modalités de prise (repas, autres médicaments, intervalle entre 2 prises, ...) Acquis Non acquis
- Effets indésirables : identification et conduite à tenir Acquis Non acquis
- Interactions médicamenteuses et contre-indications Acquis Non acquis
- Conseils hygiéno-diététiques Acquis Non acquis

Médicament 2 : idem

+++

Connaissance du ou des traitement(s) anticancéreux Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise

Si nécessaire, refaire une lecture de la fiche « conseils patient » et réexpliquer les points non acquis.

Si Autosurveillance nécessaire

- Utilisation du Matériel Acquis Non acquis
- Remplissage du carnet de suivi Acquis Non acquis

Synthèse

Etat émotionnel du patient :

Anxiété Peur Pleurs Colère Agressivité Mutisme Sidération Euphorie Neutre

+++

Actions mises en place

+++

Outils remis aux patients :

- Fiches « conseils patient »
- Plan de prise mis à jour
- Coordonnées [soins oncologiques de support](#)
- Coordonnées [Centre d'addictologie](#)
- [Brochures Anti-tabac](#)

Points de vigilance

+++

Durée de l'entretien 15 min 30min 45min 1 heure >1 heure

Onglets Orange : repris de la fiche RCP ou PPS si renseignés dans le DCC

Onglets Bleus : à remplir par le pharmacien

Items en surbrillance : à reprendre de l'EP d'initiation

+++ : lignes supplémentaires possibles