

Formulaire d'Entretien Pharmaceutique d'INITIATION de traitement anticancéreux oral

Informations générales sur le patient (via RCP si renseignées)

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 renseignés)

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 renseignée)

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 renseignées)

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

Insuffisance rénale

Autre

Pathologie respiratoire

Insuffisance respiratoire

Asthme

BPCO

Autre

Pathologie neuropsychiatrique

Polynévrite

Syndrome démentiel

Autre

Grossesse

Traitements associés

Anticoagulant

Antiagrégant

Autres :

Etat général (via RCP si renseigné)

Octobre 2018

Page 1 sur 6

ONCO Hauts – de – France

1A rue Jean Walter 59000 LILLE

Tél : 03.20.13.72.10 – Fax : 03.20.86.11.27

Email : info@onco-hdf.fr – Web : www.onco-hdf.fr

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

0 : <i>Activité extérieure normale sans restriction</i>	3 : <i>Doit être alité plus de 50 % de la journée</i>
1 : <i>Réduction des efforts physiques intenses</i>	4 : <i>Incapacité totale, alitement fréquent ou constant</i>
2 : <i>Doit parfois s'aliter mais moins de 50% de la journée</i>	

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 renseignés)

Antécédents personnels carcinologiques :
 Antécédents familiaux carcinologiques :

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

Traitement	Commentaires	Date de traitement

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

Type de traitement	Type de traitement détaillé	Date de début envisagée	Commentaires	Structure/Professionnel

Introduction de l'entretien

Date de l'entretien : / / Date de la 1^{ère} prescription : / /
 Patient accompagné ? Seul Conjoint Un proche Autre _____
 Demande du médecin référent ou de l'IDE de CAS Oui Non Demande du patient Oui Non
 Accord du patient pour transmission des données recueillies au médecin traitant et/ou référent ? Oui Non
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 (hors anticancéreux)

• **Bilan médicamenteux**

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

.....					
.....					
.....					
.....					

+++

Gestion des traitements

- Qui prépare les traitements ? Vous-même Un aidant une infirmière
 Votre conjoint un proche
- Comment s'organise la prise du traitement ? 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

Autres médicaments suivies	Nom du produit	Raison de la prise	Fréquence de prise	Médecin informé ?
Médicaments hors				

prescription				
Compléments alimentaires				
Homéopathie				
Aromathérapie				
Phytothérapie				
Autres				

+++

Vie quotidienne

Etes-vous fumeur ? Oui Non si, oui, quelle est votre consommation ? _____ cigarettes/jour

Consommez-vous de l'alcool ? Jamais/rarement Occasionnellement Régulièrement

Avez-vous un rythme de vie particulier? Oui Non si oui, précisez _____ ++

Pratiquez-vous une activité physique ? Oui Non si oui, laquelle ? _____ ++

Certains aliments peuvent interagir avec les médicaments, êtes-vous un consommateur régulier de :

- Jus de pamplemousse, Jus d'orange amère (orange de Séville), Citron vert, Pomélo ? Oui Non

Avez-vous des allergies connues ? (médicaments, aliments...) Oui Non si oui, précisez _____ ++

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

Nouveau(x) traitement(s) anticancéreux

Check liste des informations à aborder et évaluation des connaissances du patient sur le traitement initié.

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

+++

Remettre la ou les [fiches « conseils patient »](#), faire une lecture jointe et expliquer les points non acquis.

Le traitement nécessite une autosurveillance accrue ([fiches RBP Pro](#)) :

- De la tension Oui Non
- De la glycémie Oui Non
- Du poids Oui Non
- De l'état cutané Oui Non
- De la température corporelle Oui Non

S'assurer que le patient est en possession du matériel nécessaire et d'un carnet de suivi.

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
- 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

+++ : lignes supplémentaires possibles