

- ✓ Réaliser un entretien de suivi sur la prise en charge du patient
- ✓ Renseigner les premiers échanges entre le pharmacien d'officine et le patient
- ✓ Renforcer la relation patient soignant, et la coordination ville hôpital

N° AM Pharmacien d'Officine

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT :
N° INCLUSION :

Pré-rempli par l'ets

INFORMATIONS GÉNÉRALES (OBLIGATOIRE)

Nom du traitement anticancéreux :

Date de début de traitement :

Date de la dispensation (obligatoire) :

Dispensation à : Patient Aidant

Date de l'entretien pharmaceutique :

Modalité de l'entretien pharmaceutique (obligatoire) :

Présentiel Téléphone Visio

EXPÉRIENCE PATIENT

Guide des questions pour orienter l'échange

- Comment vit-il son traitement ? Les difficultés au quotidien ?
- A-t-il des rendez-vous suffisamment réguliers avec les services hospitaliers ?
- Le patient a-t-il le sentiment d'être éloigné du monde médical du fait de la voie d'administration de son traitement ?
- Ressent-il le besoin d'avoir une aide extérieure ? (psychologique, aide à domicile...)?
- Le patient a-t-il des questions ?

Commentaires pour l'équipe hospitalière :

Commentaires :

Rien à signaler

OBSERVANCE PAR SCORE GIRERD (OBLIGATOIRE)

Pour apprécier l'observance du patient pour son traitement, le questionnaire de GIRERD a été choisi dans le cadre de l'expérimentation

Questions	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 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 comprimés à prendre ?		
Total		

SCORE GIRERD (obligatoire) :

Chaque réponse positive vaut 1 point

*Bonne observance – score = 0 ;
Faible observance – score = 1 ou 2
Non observance - score >= 3*

EFFETS INDÉSIRABLES (OBLIGATOIRE)

Présence d'effets indésirables (obligatoire)

Oui Non

Description des effets indésirables remontés :

Conseils pharmaceutiques apportés :

CHANGEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Y a-t-il eu un changement de prescriptions allopathiques et/ ou prise de thérapies complémentaires? Oui Non

Si oui, pour chacun : **date ; prescripteur ; médicament ; posologie ; précision : initiation, arrêt ou modification ?**

EQUIPE HOSPITALIÈRE (OBLIGATOIRE)

Établissement :

Contact :

PHARMACIE (OBLIGATOIRE)

Tampon de l'officine ou contact :

Contact MSSanté :