Légende et instructions

Entretien de polymédication

pharmaSuisse

Nom (A)	Prénom	N° du patient
Rue	Lieu	Tél.

Actuellement, le patient prend quotidiennement quatre ou davantage de médicaments sur prescription médicale et sur une période d'au moins trois mois. ☐

Le patient accepte que le pharmacien fasse un entretien de polymédication. ☐

Date de naissance _____ / _____ / _____ | Sexe ☐ masculin ☐ féminin

1. Entretien Heure de début: ____h____

	Médicaments actuels (prescrits par le médecin) (cet entretien se base sur les informations du patient et/ou sur la documentation disponible à la pharmacie) (B) Suite en page 2		Besoin de conseils pour l'utilisation de ce médicament? Savoir **comment**	Savoir **pourquoi**	**Oubliez-vous** parfois de prendre ce médicament?	**Commentaires & autres indications** (F) (au besoin, poursuivre au verso)
1	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐ (C)	(D) Conseils? ☐	(E) Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
2	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
3	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
4	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
5	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
6	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
7	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
8	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	
9	Nom / Dose / Forme galénique	nouveau? ☐	Conseils? ☐	Conseils? ☐	oui☐ non☐ Conseils? ☐	

Automédication oui☐ non☐ Listage avec posologie (G)

Commentaires / Suite au verso

A	Les deux premières lignes en couleur pourraient être détachées pour permettre une évaluation anonyme.
B	Uniquement mentionner ici les médicaments prescrits par le médecin; les médicaments en automédication sont saisis séparément (G).
C	«Nouveau» = début du traitement, nouvelle posologie ou forme galénique (indications précises sur la même ligne, sous «Commentaires»).
D	Noter la posologie: p.ex. 1-0-1-0, selon les indications du patient, évent. aussi «au besoin». Apposer une croix si le patient a besoin de conseils additionnels (noter les détails sous le point «2. Conseils»). Si le patient dispose de suffisamment de connaissances concernant l'utilisation et la dose, aucun conseil n'est alors nécessaire. Dans ce cas, il faut laisser le champ libre.
E	Noter ici l'indication mentionnée par le patient. En cochant la case «Conseils?», il est précisé si d'autres conseils ont été fournis (noter les détails sous le point «2. Conseils»).
F	Documenter ici les informations recueillies au cours de l'entretien. Les «conseils» ou «recommandations» doivent être notés sous le point 2 ou 3.

2. Conseils

H

☐ Conseils sur l'utilisation des médicaments

I

3. Recommandations	Patient d'accord	Commentaires:
☐Semainier par le pharmacien	oui ☐ non ☐	K
☐Soutien intensif à la compliance	oui ☐ non ☐	
☐Renouvellement de l'entretien dans ..... mois	oui ☐ non ☐	
☐Transmission au médecin/autre professionnel	oui ☐ non ☐	NOM Tél.

L

M

N

☐ Analyse plus approfondie (p.ex. interactions, effets indésirables, duplications)

☐

☐

☐

Date: ____ / ____ / _____ Heure de fin:____h____

Signature du patient

Timbre de la pharmacie / Signature du pharmacien:

H	Documenter ici les besoins de conseils déterminés sous le point «1. Entretien»: p.ex. 1) Prendre l'eltroxine à jeun, avant le petit-déjeuner.
I	Noter ici les problèmes de maniement (p.ex. sécabilité des comprimés, utilisation des gouttes pour les yeux, etc.)
K	Commentaire concernant le soutien à la compliance: p.ex. à partir de quand le semainier sera utilisé, etc.
L	Documenter ici les mesures concrètes convenues avec le patient.
M	«Soutien intensif à la compliance», p.ex. par service de SMS ou contrôle périodique de l'utilisation correcte, etc.
N	«Analyse approfondie» - Prestations supplémentaires qui devraient être proposées en plus de l'entretien de polymédication.