

# BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

## ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION



### Objectifs de l'entretien :

- › Expliquer au patient les objectifs du bilan de médication et son déroulement.
- › Recueillir les informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique.
- › Recenser l'ensemble des traitements pris par le patient ainsi que leur connaissance par le patient.

## LE PATIENT

### Ses habitudes de vie

- › Pour la prise de médicaments, car certains médicaments doivent être pris au cours d'un repas et d'autres à l'inverse à distance.
- › Pour déceler les patients âgés dénutris et déshydratés, ce qui impacte fortement l'état général de la personne âgée mais aussi les effets des médicaments.

Le mode de vie permet aussi de cerner les besoins des patients, notamment en termes d'aide à domicile ou autre...

### Son état physiologique

Les insuffisances rénales et hépatiques peuvent modifier la biodisponibilité et donc impacter l'efficacité et la tolérance des médicaments. L'attention des patients doit être attirée sur les situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée (hypovolémie, déshydratation, diarrhée, associations médicamenteuses).

Certains problèmes physiologiques tels que des problèmes de déglutition, une vision altérée ou encore des douleurs articulaires peuvent empêcher certains patients de prendre leurs médicaments. Il est donc important de repérer ces problèmes afin d'améliorer l'observance. De plus, il est important de noter les éventuelles allergies du patient.

## LES MÉDICAMENTS

### Le recueil de ses médicaments

Il est important de recueillir l'ensemble des médicaments prescrits ou non à un patient car le bilan partagé de médication doit être exhaustif pour être le plus pertinent possible.

### La connaissance qu'il a de ses médicaments

Un patient qui connaît ses médicaments (il sait pourquoi il les prend et les conséquences sur sa santé) est un patient plus observant et ayant une meilleure adhésion à ses traitements. Il est important pour le patient de bien connaître les effets des médicaments et notamment les effets indésirables car ils peuvent entraîner des problèmes d'observance et donc avoir des conséquences très néfastes pour le patient. Les éventuelles modifications de traitements par le prescripteur sont de bons indicateurs de traitements non optimisés, soit en termes d'efficacité, soit en termes d'effets indésirables. Vous pouvez, en outre, aider le patient à lutter contre ces derniers.

### L'analyse des prises de médicaments

Cette analyse vous permettra de repérer les problèmes d'observance (via le questionnaire de Girerd), les ruptures de traitements, les problèmes liés à la forme galénique et la nécessité d'une aide à la prise de médicaments.



## INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM

PRÉNOM

ÂGE

POIDS

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT



## HABITUDES DE VIE DU PATIENT

VIVEZ-VOUS SEUL-E CHEZ VOUS OU EN INSTITUTION?

OUI ☐

NON ☐

QUELLE INSTITUTION?

.....  
.....

QUELQU'UN VOUS AIDE-T-IL DANS VOTRE QUOTIDIEN?

OUI ☐

NON ☐

SI OUI, QUI?

.....  
.....

QUELLES SONT VOS  
HABITUDES ALIMENTAIRES  
(NOMBRE DE REPAS PAR JOUR,  
HORAIRE, COLLATION...)

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

SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME PARTICULIER (DIABÉTIQUE, SANS SEL...)?

OUI ☐

NON ☐

.....  
.....

CONSOMMEZ-VOUS CERTAINS PRODUITS COMME DE L'ALCOOL  
OU DU PAMPLEMOUSSE PAR EXEMPLE?

OUI ☐

NON ☐

.....  
.....



## ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU PATIENT

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE RÉNALE OU HÉPATIQUE (INSUFFISANCE RÉNALE, HÉPATIQUE) OU TOUT AUTRE ANTÉCÉDENT IDENTIFIÉ?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

.....

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE DÉGLUTITION OU DE VISION, DES DOULEURS ARTICULAIRES...?

OUI ☐

NON ☐

PRÉCISEZ

.....

.....

.....

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES?

OUI ☐

NON ☐

LESQUELLES?

.....

.....

.....

AVEZ-VOUS UN CARNET DE SUIVI?

OUI ☐

NON ☐



## TRAITEMENTS OU PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT

| PRODUIT | ORIGINE<br>(prescripteur<br>ou automédication) | DOSAGE ET FORME | FRÉQUENCE<br>ET POSOLOGIE | PROBLÈMES LIÉS À<br>LA FORME GALÉNIQUE? | PROBLÈMES<br>D'OBSERVANCE? | SURVENUE D'EFFETS<br>INDÉSIRABLES? |
|---------|--|-----------------|---------------------------|---|----------------------------|------------------------------------|
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |



## TRAITEMENTS OU PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT (SUITE)

| PRODUIT | ORIGINE<br>(prescripteur<br>ou automédication) | DOSAGE ET FORME | FRÉQUENCE<br>ET POSOLOGIE | PROBLÈMES LIÉS À<br>LA FORME GALÉNIQUE? | PROBLÈMES<br>D'OBSERVANCE? | SURVENUE D'EFFETS<br>INDÉSIRABLES? |
|---------|--|-----------------|---------------------------|---|----------------------------|------------------------------------|
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |
|         |  |                 |                           |   |                            |                                    |



## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT

### TRAITEMENTS EN COURS

POUVEZ-VOUS EXPLIQUER À QUOI SERVENT VOS MÉDICAMENTS?

.....

.....

À QUELLE FRÉQUENCE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS?

.....

.....

### AUTRES PRODUITS

PRENEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS PAR VOUS-MÊME?

*Aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, tisanes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...*

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES RÉCEMMENT ?  
SI OUI, LESQUELS ?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

### MODIFICATIONS

AVEZ-VOUS DERNIÈREMENT ARRÊTÉ OU MODIFIÉ  
UN DE VOS TRAITEMENTS PRESCRITS ?  
EXPLIQUEZ LEQUEL ET POURQUOI.

OUI ☐

NON ☐

.....

.....



## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

### EFFETS DES TRAITEMENTS

RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS PARTICULIERS LIÉS  
À LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS?  
PRÉCISEZ (SOMNOLENCE, DOULEURS ARTICULAIRES...).

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

.....

.....

AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI DES EFFETS INDÉSIRABLES  
LIÉS À VOS MÉDICAMENTS?  
SI OUI, LESQUELS ET COMMENT LUTTEZ-VOUS CONTRE EUX?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

.....

.....

PRENEZ-VOUS UN MÉDICAMENT QUI NÉCESSITE UN SUIVI  
PARTICULIER (ANTIDIABÉTIQUE, ANTICOAGULANT...)?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

.....

.....





## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

### PRISE DES MÉDICAMENTS

À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS?

.....

.....

AVEZ-VOUS DES RAPPELS POUR Y PENSER?

OUI ☐

NON ☐

VOUS RESTE-IL DES MÉDICAMENTS DANS LES BOÎTES À LA FIN DU MOIS?  
LESQUELS?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

Y-A-T-IL DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES SOUVENT EN RUPTURE?  
LESQUELS?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

AVEZ-VOUS TENDANCE À OUBLIER CERTAINS MÉDICAMENTS?  
LESQUELS?

OUI ☐

NON ☐

.....

.....



## COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

### PRISE DES MÉDICAMENTS (SUITE)

AVEZ-VOUS CERTAINS MÉDICAMENTS  
EN GRANDE QUANTITÉ CHEZ VOUS?  
SI OUI, PRÉCISEZ

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

VOS MÉDICAMENTS SONT-ILS PRÉPARÉS PAR VOUS  
OU PAR QUELQU'UN D'AUTRE?

.....

.....

ÊTES-VOUS AIDÉ-E DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS?  
ET SI OUI, PAR QUI?

.....

.....

ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PRENDRE VOS  
MÉDICAMENTS (GÉLULES TROP GROSSES, SÈCHERESSE  
DE LA BOUCHE, DÉGLUTITION DIFFICILE...)?  
PRÉCISEZ LES MÉDICAMENTS QUI SONT DIFFICILES À PRENDRE

OUI ☐

NON ☐

.....

.....

AIMERIEZ-VOUS ÊTRE AIDÉ(E) DANS LA PRISE  
DE VOS MÉDICAMENTS?

OUI ☐

NON ☐



## OBSERVANCE DU PATIENT

### LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)\* :

- CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? OUI ☐ NON ☐
- DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? OUI ☐ NON ☐
- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN 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 LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? OUI ☐ NON ☐
- PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? OUI ☐ NON ☐

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) ☐ = 6 ☐ 4 ou 5 ☐ ≤ 3

\* Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :  
bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance ≤ 3.



## CONCLUSION



Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. RAPPELER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS.
3. RÉDIGER VOTRE CONCLUSION.

### REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## CONTACT AVEC LES PROCHES/AIDANTS\*

NOM

LIEN AVEC LE PATIENT

DATE

### VOS CONCLUSIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*\* Si nécessaire et avec l'accord du patient.*



#### ENREGISTRER

Pensez à enregistrer le formulaire  
dans le dossier de votre patient,  
sur votre ordinateur