

Grille d'entretien du bilan de médication

Fiche de recueil des informations (1/4) : le patient

Nom : Prénom : Age : Poids : Adresse : Médecin traitant :	Date :
--	--------

Questions		Réponses
Ses habitudes de vie :	Vivez-vous seul(e) à votre domicile, accompagné(e) ou en institution ?	
	Quelqu'un vous aide-t-il au quotidien ? Si oui qui ?	
	Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand) ?	
	Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel...) ?	
	Consommez-vous certains produits comme l'alcool, le pamplemousse ?	
Son état physiologique	Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ?	
	Avez-vous des problèmes de déglutition, de vision, des douleurs articulaires...?	
Autres	Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple) ?	

Grille d'entretien du bilan de médication

Fiche de recueil des informations (2/4) : les traitements

Nom de tous les produits pris	Dosage	Forme	Fréquence / posologie	Problème lié à la prise (forme galénique)	Problème d'observance (oubli)	Survenue d'effets indésirables	Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou auto médication)

Grille d'entretien du bilan de médication

Fiche de recueil des informations (3/4) : les traitements

	Questions	Réponses
Généralités	Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?	
	A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
Autres traitements	Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux....	
	Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?	
Modifications	Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?	
Effets des traitements	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires) ?	
	Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? : antidiabétiques, anticoagulant...	
Comment se passe la prise de vos médicaments ?	A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?	
	Vous reste-il des médicaments à la fin du mois ? et pour d'autres au contraire êtes-vous toujours en rupture ?	
	Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?	
	Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ?	
	Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou quelqu'un d'autre ?	
	Etes-vous aidé(e) dans la prise de vos médicaments ?	
	Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments ? (sécheresse buccale, gélules trop grosses...)	
	Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?	

Grille d'entretien du bilan de médication

Fiche de recueil des informations (4/4) : Suivi de l'observance - Score de Girerd

Nom du patient : Date :/...../.....

	OUI	NON
1. Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compter un point par réponse notée «non» :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score \leq 3

Référence : Annexe II.7 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie. Guide d'accompagnement des patients. Bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué. 2017.

Grille d'entretien du bilan de médication

Analyse des traitements (1/2)

Nom :	Prénom :	Date :
Age :	Poids :	
Adresse :	Médecin traitant :	

Nom de tous les produits pris	Dosage	Forme	Fréquence / posologie	Problème lié à la prise (forme galénique, ...)	Problème d'observance (oubli)	Survenue d'effets indésirables	Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou auto médication)	Remarques liées à l'analyse	Remarques du médecin traitant

Grille d'entretien du bilan de médication

Analyse des traitements (2/2)

- **Score de GIRERD** (bonne observance, mauvaise observance ou non observance à détailler selon les traitements concernés) :

- **Recommandations générales liées à l'état du patient :**

- **Alertes liées aux ruptures de soins :**

- **Alertes vis-à-vis de l'entourage :**

Grille d'entretien du bilan de médication

Plan de prise / posologie des médicaments prescrits

Nom :	Prénom :	Date :
Age :	Poids :	
Adresse :		
Médecin traitant :		

Médicaments	Dosage	Forme	Horaire de prise				Durée de traitements	Explications	Commentaires
			matin	midi	soir	coucher			