

# BILAN DE MEDICATION



Nom : .....

Né(e) le : .....

Prénom : .....

Age : .....

Poids (kg) : .....

Sexe :  F  M

Mode de vie :  Seul(e)  
 Avec conjoint  
 Avec famille  
 Autre: .....

Lieu de vie :  Domicile (habitation individuelle)  
 Domicile (habitation collective)  
 Foyer logement  
 EHPAD  
 Autre: .....

Date de l'entretien : .....

Contexte:  Sortie d'hospitalisation  
 A la demande du médecin traitant  
 Doute sur l'observance  
 Polymédication  
 Autre : .....

Visite :  Bilan initial  
 Réévaluation n°.....

## Aides existantes :

Aide-ménagère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Portage des repas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Téléalarme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Précisez : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....  
.....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

.....  
.....

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

.....  
.....

Nom et coordonnées de l'aidant principal :

.....  
.....

## Antécédents et Comorbidités

### Pathologies cardiovasculaires :

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

### Pathologies psychiatriques :

Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

### Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

### Autres pathologies :

Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Maladie de système (Horton, PR, Goujerot)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

### Autres pathologies ? (précisez)

.....  
.....

### Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Plainte du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

## Traitements médicamenteux

DCI / Dosage	OUI	NON	Posologie Moment de prise	OUI	NON	Indication	OUI	NON	Date de début du traitement (jjmmaaaa)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Nombre de médicaments : .....

**Allergies médicamenteuses :**  oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez :

.....  
.....

**Vaccinations :**

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe  oui  non  ne sait pas

Tétanos  oui  non  ne sait pas

Pneumocoque  oui  non  ne sait pas

**Gestion globale du traitement :**

Utilisez-vous un pilulier ?  oui  non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ?  oui  non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ?  oui  non  non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ?  oui  non  non applicable

**Prescription des médicaments :**

Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?

oui  non  ne sait pas

Si non, précisez :

.....  
.....

Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?  oui  non  ne sait pas

**Gestion du stock de médicaments :**

Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?  oui  non  ne sait pas

Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ?  oui  non  ne sait pas

Possédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ?  oui  non  non applicable

**Préparation et prise des médicaments :**

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)  oui  non  ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

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

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par

Un déficit moteur à la main prédominante  oui  non

Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne  oui  non

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

oui  non  non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

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

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?

oui  non  non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

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

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?

oui  non

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ?

oui  non

Avez-vous pris vos médicaments hier ?

oui  non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?

oui  non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?

oui  non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour ?

oui  non

**Utilité des médicaments :**

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?

oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

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

**Effets secondaires :**

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui  non  ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?

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

**Suivi du traitement :**

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ?  oui  non  non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

**Automédication :**

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

**Autre :**

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?

.....  
.....

**Perception du traitement :**

Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ?  oui  non  non applicable

## Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au médecin</u>	<u>Interventions pharmaceutiques destinées au patient</u>	<u>IP acceptée par le médecin</u>	
			oui	non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				