

Programme

P H A R M - A C O

pour les patients traités par les nouveaux anti-coagulants oraux.

AG Caffin¹, Y Chabi¹, C Sévin², B Leclere³, C Debelmas⁴, G Camus¹, X Bohand¹



- 1 Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Service Pharmacie
- 2 Pharmacie Sévin
- 3 Pharmacie de la Fourche
- 4 Pharmacie Debelmas

UNIVERSITÉ PARIS-SUD 11
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
« FACULTÉ DE PHARMACIE DE CHÂTENAY MALABRY »

ANNÉE : 2011

N° 02/2010

THÈSE

Présentée

A L'UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE
« FACULTÉ DE PHARMACIE DE CHÂTENAY MALABRY »
DE L'UNIVERSITÉ PARIS-SUD 11

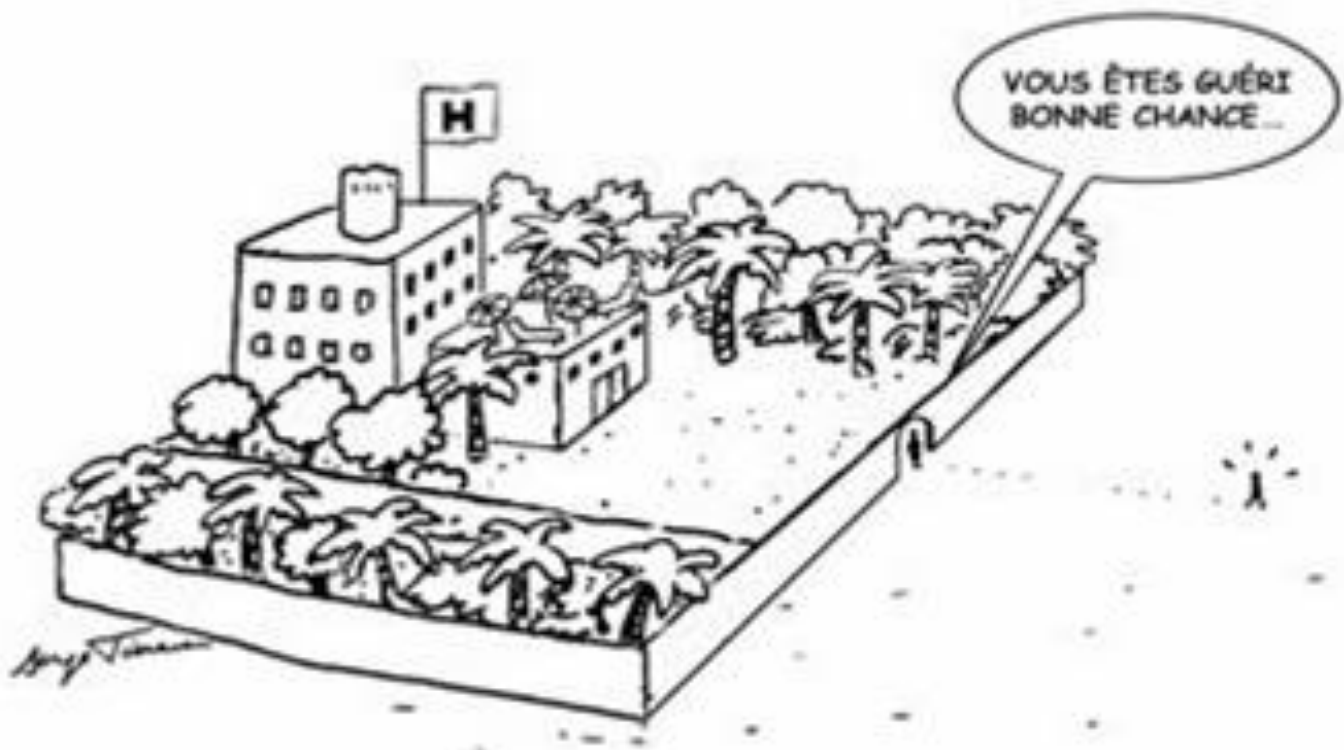
Pour l'obtention du Diplôme d'État de
DOCTEUR EN PHARMACIE

Florence ROYNETTE

Mise en place et évaluation d'une consultation pharmaceutique
pour les patients traités par rivaroxaban
à l'Hôpital d'Instruction des Armées PERCY

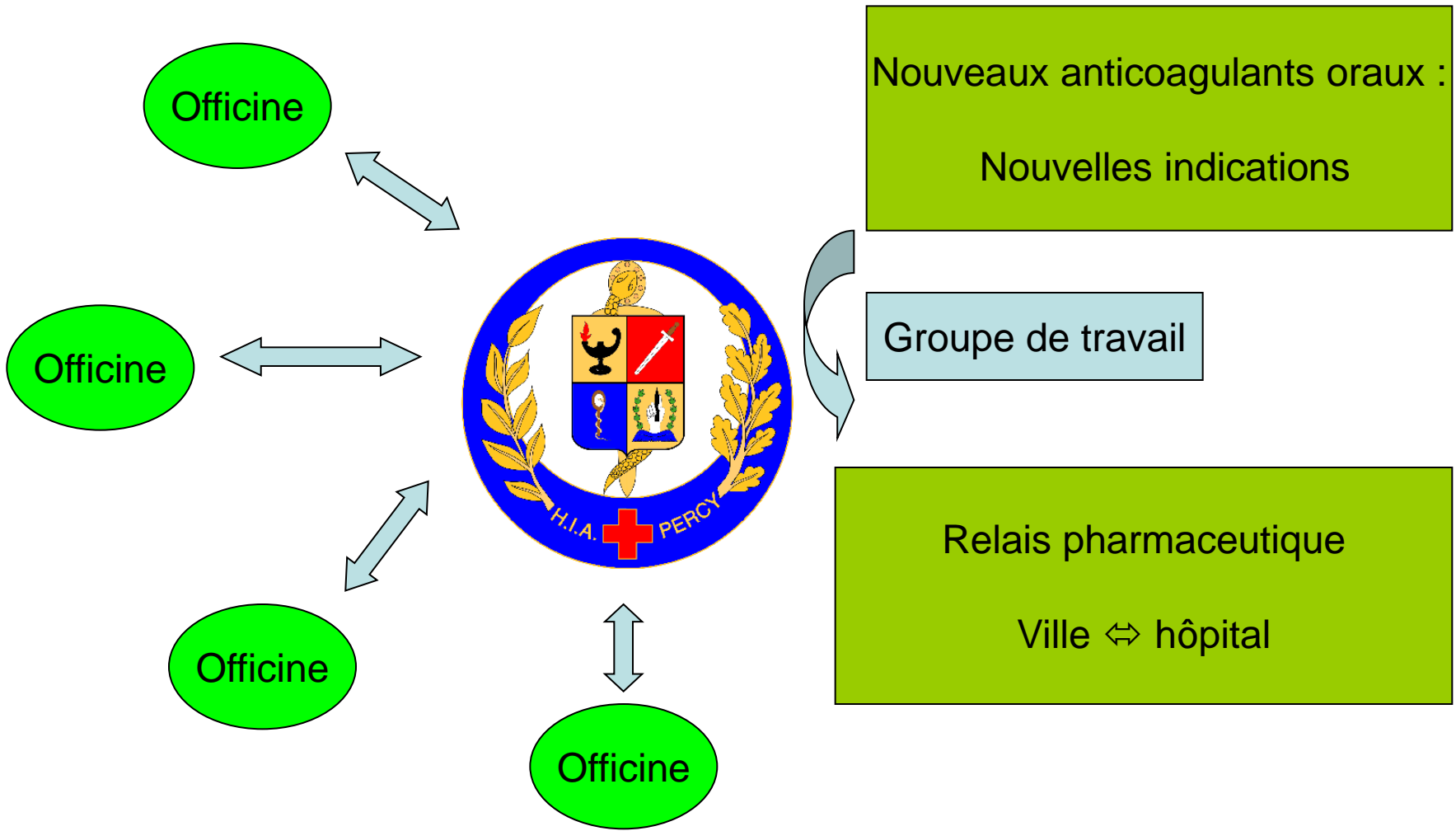
Soutenue le : 25 octobre 2011





VOUS ÊTES GUÉRI
BONNE CHANCE...

Bryce Turner



Officine

Officine

Officine

Officine



Nouveaux anticoagulants oraux :
Nouvelles indications

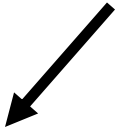
Groupe de travail

Relais pharmaceutique
Ville ⇔ hôpital

P H A R M - A C O

PROGRAMME

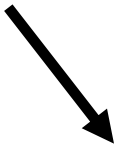
P H A R M - A C O



Conduire et
enregistrer l'EP



Remettre une carte
au patient



Echanger entre
professionnels de
santé

P

Mise en œuvre d'entretiens pharmaceutiques (EP)

Pourquoi? Par quoi?



P

- Pathologie
- Anticoagulant (nom, présentation...)
- Comprendre le traitement, les enjeux

P

H

Hypericum perforatum



H

- Inducteur enzymatique
- Conduite à tenir



P

H

A

Automédication



A

- Aspirine
- AINS...
- Conduite à tenir

P

H

A

R

Risques



R

- Saignements, thromboses
- Repérage
- Conduite à tenir

P

H

A

R

M

**Modalités
De prise**



M

- Rivaroxaban 10mg => pendant ou en dehors des repas
- Rivaroxaban 15mg et 20mg => au cours des repas!
- Dabigatran => ne pas ouvrir les gélules
- Oubli de prise?
- ...

P

H

A

R

M

■

A

C

O

Anti **C**oagulants **O**raux

hôpital/office:	Entretien pharmaceutique XARELTO® (Rivaroxaban)	Date de l'entretien pharmaceutique/...../.....
-----------------	---	---

- Acceptez-vous de recevoir une information sur votre traitement anticoagulant ? Oui Non
 - Acceptez-vous d'être appelé à votre domicile pour évaluer votre traitement? Oui Non
- Si oui, numéro de téléphone du patient : /portable :

Patient		
Nom :	Prénom :	Facteur de risque
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance :/...../.....	(>75 ans) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Poids : kg		(<50kg) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Clairance créatinine : ml/min le		(<50ml/min) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Contexte social		
Médecin traitant :		
Médecin spécialiste :		
Officine (si entretien réalisé à l'hôpital):		
Mode de vie : <input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en famille <input type="checkbox"/> autre (préciser) :		
Le patient fait-il appel à une autre personne pour gérer son traitement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui (préciser) :		
Profession :		

Connaissance du patient

Entretien réalisé <input type="checkbox"/> avec le patient <input type="checkbox"/> une tierce personne ? Pourquoi ?		
P	Parmi vos médicaments, connaissez-vous le nom de votre médicament anti-coagulant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Savez-vous pourquoi vous êtes traité par ce médicament ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas → Fluidifie le sang. Evite la formation de caillots <input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire (N: 1 cpm de 20mg/j IR : 1 cpm 15mg/j) <input type="checkbox"/> Thrombose veineuse profonde et/ou embolie pulmonaire (N : 1 cpm 15mg 2x/j pdt 21j puis 1cpm 20mg/j) (IR : 1 cpm 15mg 2x/j pdt 21j puis 1cpm 15mg/j) <input type="checkbox"/> Prothèse totale de hanche ou de genou (1 cpm de 10mg/jour)
H	Prenez-vous du Millepertuis ? (Médicament, tisane)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Arrêt Millepertuis car risque d'inefficacité du Xarelto®
A	Prenez-vous des médicaments en automédication ? (Que faites vous quand vous avez mal à la tête, mal au ventre...?) - Si oui : quel(s) médicament(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Eviter Aspirine, AINS... Risques de saignements
R	Connaissez-vous les risques : - si votre traitement est trop efficace ? (surdosage) - si votre traitement n'est pas assez efficace ? (sous dosage)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie - Bleus inhabituels, saignements du nez, saignement des gencives, œil rouge, urine rose ou marron, selles rouges ou noires, règles abondantes. - Fatigue inhabituelle, pâleur, essoufflement. - Maux de tête, vertiges - Gonflement inexpliqué, douleur dans la poitrine ; douleur, chaleur, rougeur au niveau du mollet. → Appeler votre médecin/ Aller aux urgences.
M	Savez-vous quand prendre votre médicament ? En cas d'oubli, savez-vous comment faire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non A heure fixe, pendant les repas. Votre médicament peut être pris dans la même journée. Le lendemain, reprenez votre traitement à la dose et à l'heure habituelles.



- Le patient possède-t-il la carte PHARM-ACO ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (dans ce cas, lui remettre)
- Appropriation par le patient des informations délivrées <input type="checkbox"/> Non Acquis <input type="checkbox"/> Partiellement acquis <input type="checkbox"/> Acquis
- <u>Bilan</u> :

Bilan

Recto

Coordonnées de votre pharmacien	Coordonnées de votre médecin	P H A R M - A C O
		Cette carte appartient à: Nom : Prénom : Date de Naissance : XARELTO® Rivaroxaban JE SUIS SOUS TRAITEMENT ANTICOAGULANT

Verso

P ourquoi?	R isques	M odalités de prise
Xarelto® est un anticoagulant qui permet de fluidifier le sang et ainsi d'éviter la formation de caillots.	Il existe 2 risques avec Xarelto®: • Les saignements en cas de surdosage • Les thromboses en cas de sous dosage Prévenez rapidement votre médecin si vous présentez l'un des symptômes suivants: - Bleus inhabituels, saignements du nez, saignements des gencives ,œil rouge. - Urine rose ou marron, selles rouges ou noires, règles abondantes. - Fatigue inhabituelle, pâleur, essoufflement, maux de tête, vertiges, gonflement inexplicé. - Douleur, chaleur, rougeur ou gonflement du mollet. - Douleur dans la poitrine.	▪ Votre médicament doit être pris à heure fixe et pendant les repas . ▪ En cas d'oubli, votre médicament peut être pris dans la même journée. Le lendemain, reprenez votre traitement à la dose et à l'heure habituelles.
H ypericum perforatum (Millepertuis) Ne prenez pas de Millepertuis ou de médicament à base de Millepertuis qui peut diminuer l'efficacité de votre traitement.		A C O Anti Coagulants Oraux
A utomédication Certains médicaments comme l'aspirine ou les anti-inflammatoires (Advil®, Voltarène®, Nurofen®...) augmentent la fluidité du sang; ils ne doivent pas être pris pendant votre traitement par Xarelto®.		Présentez cette carte à tout professionnel de santé que vous seriez amené à consulter. En cas de chute, si vous vous blessez, ou si vous vous cognez la tête, prévenez immédiatement votre médecin.

P H A R M - A C O

En pratique:

=> EPU : octobre 2012

=> contact avec les officines intéressées

=> formation des équipes (mise en situation...)

=> mise à disposition du document d'enregistrement de l'EP

=> mise à disposition de cartes patients (Pradaxa® et Xarelto®)

P H A R M - A C O

• Bilan décembre 2012 - Janvier 2013

	OFFICINES	HIA PERCY	Total	%
Nombre personnes formées	18	5	23	
Nombre d'EP	9	17	26	
- dont Xarelto®	1	10	11	42
- dont Pradaxa®	8	7	15	58
Indication				
- FA	8	12	20	77
- TVP	1	3	4	15
- EP	0	2	2	8

P

H

A

R

M



A

C

O

	OFFICINES	HIA PERCY	Total	%
Nombre d'EP	9	17	26	
P ar quoi?				
- connu	7	7	14	54
- non connu	2	10	12	46
P our quoi?				
- connu	8	13	21	81
- non connu	1	4	5	19
H ypericum perforatum?				
- oui	0	0	0	0
- non	9	17	26	100
A utomédication?				
- oui	3	7	10	38
- non	6	10	16	62
R isques?				
- connu	4	6	10	38
- partiellement connu	2	6	8	31
- non connu	3	5	8	31
M odalités de prise				
- connu	7	10	17	65
- partiellement connu	1	0	1	4
- non connu	1	7	8	31

P H A R M - A C O

Programme d'accompagnement des patients:

- consolidation
- optimisation
- évaluation

P H A R M



A

C



Anti

coagulants

oraux

lyonnais