

CHIMIOThERAPIES ORALES

GUIDE D'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE OFFICINAL (INITIAL)

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

Date de naissance :/...../.....

Nom du pharmacien interlocuteur :

Officine (adresse) :

0- Contexte de l'entretien

Traitement débuté le :/...../.....

Aidant présent : conjoint autre (préciser) aucun

Il est conseillé de préparer cet entretien en recueillant l'ordonnance du patient et en lisant la fiche d'information sur le médicament <http://www.chimior.fr/>

1- Rappel sur les objectifs de l'entretien

Exemple de message pour le patient :

Durant l'entretien, nous allons :

- parler ensemble de votre traitement, nous assurer que vous avez bien compris son intérêt et comment le prendre
- vous retransmettre des informations complémentaires (effets indésirables principaux, comment les prévenir, comment les prendre en charge, interactions avec d'autres médicaments que vous prenez).

2- Connaissances : que savez-vous sur ce traitement ?

Avez-vous eu le temps de relire la fiche d'information sur le traitement ?

(Remise à l'hôpital, sinon la remettre : <http://www.chimior.fr/>)

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur ce traitement:

	Non acquis (0 point)	Partiellement acquis (1 point)	Acquis (2 points)
- Pourriez-vous svp me rappeler le nom de votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A quoi sert-il ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comment et quand le prenez-vous (eau, nourriture) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- A quelle dose le prenez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Que faites-vous si vous oubliez une prise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Quels sont les médicaments et aliments (éventuels) à ne pas associer au traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comment le conservez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Connaissances du patient (/14)

3- Dépistage et gestion des éventuels effets indésirables

- Aujourd'hui, comment vous sentez-vous ?

Très mal / 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 / Très bien

- Avez-vous ressenti un effet indésirable qui serait lié à votre traitement ?

Non, aucun Oui, au moins un (préciser ci-dessous)

Remplir la grille en fonction des effets indésirables cités par le patient (grille OMS des toxicités)

	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4
Hémorragie	absence	pétéchies	modérée	moyenne	importante
Muqueuse buccale	<input type="checkbox"/> Sans changement	<input type="checkbox"/> douleur	<input type="checkbox"/> Erythème	<input type="checkbox"/> Ulcération, alimentation liquide seulement	<input type="checkbox"/> Alimentation impossible
Nausées-vomissements	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Vomissements transitoires	<input type="checkbox"/> Vomissements nécessitant un traitement	<input type="checkbox"/> Vomissements incoercibles
Diarrhées	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Transitoire, <2j	<input type="checkbox"/> Tolérable, >2j	<input type="checkbox"/> Intolérable, nécessitant un traitement	<input type="checkbox"/> Hémorragique, déshydratation
Constipation	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Modérée	<input type="checkbox"/> Météorisme abdominal	<input type="checkbox"/> Météorisme et vomissements
Pulmonaire	<input type="checkbox"/> Sans changement	<input type="checkbox"/> Léger symptôme	<input type="checkbox"/> Dyspnée d'effort	<input type="checkbox"/> Dyspnée de repos	<input type="checkbox"/> Repos au lit complet
Fièvre	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> <38°	<input type="checkbox"/> 38 -40°	<input type="checkbox"/> >40°	<input type="checkbox"/> Fièvre avec hypotension
Cutanée	<input type="checkbox"/> Sans changement	<input type="checkbox"/> Erythème	<input type="checkbox"/> Desquamation, vésicule, prurit	<input type="checkbox"/> Suintement, desquamation, ulcération	<input type="checkbox"/> Dermatite exfoliative Nécrose
Etat de conscience	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Assoupissements	<input type="checkbox"/> Somnolence < 50% des heures d'éveil	<input type="checkbox"/> Somnolence > 50% des heures d'éveil	(Coma)
Neurologie Périphérique	<input type="checkbox"/> Absence	<input type="checkbox"/> Paresthésie et/ou diminution des réflexes tendineux	<input type="checkbox"/> Paresthésies sévères et/ou faiblesse modérée	<input type="checkbox"/> Paresthésies intolérables et/ou diminution importante de la force motrice	(Paralysie)

- Ces effets :

- perturbent-ils vos capacités physiques ? (marche, port de charges...)
 - Non, pas du tout
 - un peu
 - modérément
 - oui, beaucoup
- ont-ils un impact sur vos activités de loisir et de temps libre ?
 - Non, pas du tout
 - un peu
 - modérément
 - oui, beaucoup
- ont-ils un impact sur vos tâches quotidiennes ?

Non, pas du tout un peu modérément oui, beaucoup

Gestion des effets indésirables

Prendre la fiche médicament du Réseau Régional de Cancérologie <http://www.chimior.fr> pour aider le patient à gérer ses effets indésirables et contacter le Médecin Traitant si besoin (ou l'oncologue ou hématologue de garde le weekend)

- Votre appétit est-il conservé ? oui non

- A combien quantifiez-vous votre douleur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable :.....)

4- Evaluation de l'observance au traitement et des difficultés

- Trouvez-vous que dans l'ensemble votre traitement est facile à prendre ? Oui Non
Si non, pourquoi (goût, taille, nombre de comprimés) :
- Les horaires de prise sont-ils pratiques ?
 non, pas du tout assez oui, très

J'ai remis au patient la fiche d'Information Patient du réseau *OncoBasseNormandie* (il ne l'avait pas)
Expliquez la nécessité de bien prendre le traitement pour son efficacité dans la prise en charge de la maladie
Proposer des aides pour la prise du médicament : carnet à remplir, pilulier, alarme téléphonique...

5- synthèse de l'entretien

- Qu'avez-vous retenu de cet entretien ?

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

- Besoins et compétences à développer par le patient ou par l'aidant : propositions

- Adhésion médicamenteuse au traitement oui non
- Connaissance des effets indésirables et leur prévention/prise en charge oui non
- Autre :..... oui non

- Priorité à développer discutée et décidée avec le patient (et ses proches si possible) :

.....

- Souhaitez-vous poursuivre ce type d'entretien ? oui non

Si oui, date du prochain rendez-vous :/...../.....

- Avez-vous des projets dans les prochains mois?

FIN DE L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Temps passé (en minutes) :