CHIMIOTHERAPIES ORALES

GUIDE D'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE OFFICINAL (SUIVANTS)

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

Date de naissance : ……/…../…….

Nom du pharmacien interlocuteur :

Officine (adresse) :

Entretien de suivi n°……../……..

1- Rappel sur les objectifs de l'entretien – Evaluation du vécu du traitement

« Nous allons parler de votre traitement (citer son nom) au cours de cet entretien.
Nous allons voir si vous avez bien compris toutes ses particularités et je vais vous redonnez des informations si vous en avez besoin. Nous parlerons aussi des éventuels effets indésirables que vous avez peut-être rencontrés, et comment les prendre en charge. Le but de cet entretien est de vous aider à mieux gérer votre traitement, tout en étant en lien avec vos autres professionnels de santé. »

- Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?

Très mal /_0_/__1/__2/__3/__4/__5/__6/_7/__8/__9/__10/ très bien

2- Connaissances / compréhension / adhésion médicamenteuse du patient

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

Connaissances du patient (/14)

3- **Dépistage et gestion des effets indésirables**

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

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

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

- Ces effets perturbent-ils vos capacités physiques ?

☐Non, pas du tout ☐un peu ☐modérément ☐assez ☐oui, beaucoup

- Ont-ils un impact sur vos activités de loisir et de temps libre ?

☐Non, pas du tout ☐un peu ☐modérément ☐assez ☐oui, beaucoup

- Ont-ils un impact sur vos tâches quotidiennes ?

☐Non, pas du tout ☐un peu ☐modérément ☐assez ☐oui, beaucoup

- Votre appétit est-il conservé ? ☐ oui ☐ non
- A combien quantifiez-vous votre douleur de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale imaginable :.....
- Bandelette Urinaire de façon mensuelle pour sunitinib et sorafenib : ☐ oui ☐ non

Gestion des effets indésirables

Reprendre 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)

4- Observance

- 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

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre médicament ?
  ☐ non jamais ☐ très occasionnellement ☐ fréquemment : plusieurs fois par mois
  ☐ très fréquemment : plusieurs fois par semaine

Rappelez la nécessité d'une bonne observance pour que le traitement soit efficace.
Proposez des aides pour la prise du médicament : carnet à remplir, gélulier, alarme téléphonique…

5- Définir les besoins et compétences à développer par le patient et ses proches

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

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

6- Synthèse de l'entretien

- Quelles sont vos attentes sur l'amélioration de votre état de santé ?

……

- Qu'avez-vous retenu de cet entretien ?

……

- Avez-vous d'autres attentes?

……

- Date du prochain entretien : ……/……/…….

Rappel de la disponibilité du pharmacien officinal si besoin : Si d'ici là vous avez des questions, rencontrez des difficultés ou si des effets indésirables apparaissent, n'hésitez pas à nous contacter ou à venir directement à la pharmacie. Il est préférable de prendre en charge rapidement un effet indésirable pour ne pas qu'il s'installe et devienne par la suite plus difficile à traiter.

FIN DE L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT **Temps passé :**

EN CAS DE PROBLEME survenant chez le patient (effets indésirables, observance) : transmettre ces problèmes selon le cas au médecin traitant, à l'oncologue/hématologue, à l'infirmière coordonnatrice hospitalière, à l'infirmière libérale du patient et/ou au pharmacien hospitalier.