



**COMPTE RENDU DE CONSULTATION
PHARMACEUTIQUE D'INITIATION**

Date :

Pharmacien :

INFORMATIONS PATIENT

PATIENT	
NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
SEXE	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>
TELEPHONE	
ADRESSE	
POIDS (KG)	

PROFESSIONNELS DE SANTE		
	NOM/PRENOM	COORDONNEES
ONCOLOGUE		
MEDECIN TRAITANT		
OFFICINE REFERENTE		
PRESTATAIRE DE SERVICE		
INFIRMIER		

ETAT PHYSIOPATHOLOGIQUE	
DIAGNOSTIC PRINCIPAL	
THERAPIE ORALE	
COMORBIDITES	
ATCD MEDICAUX/CHIRURGICAUX	
ALLERGIES	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

SITUATION FAMILIALE	
LOGEMENT	
ZONE DE VIE	
SITUATION PROFESSIONNELLE	
ADDICTIONS	ALCOOL <input type="checkbox"/> TABAC <input type="checkbox"/> SOUHAIT DE SEVRAGE <input type="checkbox"/>
	AUTRE ADDICTION <input type="checkbox"/>

GERE SES RDV A L'HOPITAL	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
VA CHERCHER SES MEDICAMENTS A LA PHARMACIE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

BILAN BIOLOGIQUE			
Hb (g/dL)		ASAT (UI/L)	
GR (T/L)		ALAT (UI/L)	
GB (G/L)		GGT (UI/L)	
PNN (G/L)		PAL (UI/L)	
Plaquettes (G/L)		Créatinine (µM)	
CPK (UI/L)		Potassium (mM)	
CRP (mg/L)		Magnésium (mM)	
Glucose (mM)		Sodium (mM)	



COMPTE RENDU DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE D'INITIATION

Date :

Pharmacien :

BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE

MEDICAMENT	DOSAGE	DATE DEBUT	INDICATION	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER	REMARQUE
AUTOMEDICATION (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie, allopathie...)								

ANALYSE PHARMACEUTIQUE



**COMPTE RENDU DE CONSULTATION
PHARMACEUTIQUE D'INITIATION**

Date :

Pharmacien :

EVALUATION DES ACQUIS DU PATIENT

ACQUIS (A) PARTIELLEMENT ACQUIS (PA) NON ACQUIS (NA)

QUESTIONS	EVALUATION	REPONSE PATIENT	COMMENTAIRE SOIGNANT
Le patient connaît-il sa TO et son plan de prise ?			
Le patient sait-il à quoi sert sa TO ?			
Le patient sait-il que son traitement anticancéreux peut comporter plusieurs lignes (si applicable) ?			
Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli de prise ?			
Le patient connaît-il les effets indésirables de sa TO ?			
Le patient connaît-il les mesures préventives des EI ?			
Le patient sait-il comment gérer l'apparition des EI ?			
Le patient est-il avisé des interactions de sa TO avec d'autres médicaments et d'autres produits qu'il serait amené à prendre			
Le patient connaît-il les aliments déconseillés avec sa TO ?			

	RESSOURCES POUR LE PATIENT	DIFFICULTES POUR LE PATIENT
Comportements de soins <i>(autonomie, comportements addictifs, situations à risque, hygiène de vie, facteurs de fragilité et de vulnérabilité...)</i>		
Connaissances théoriques		
Connaissances pratiques <i>(connaissance mesures prévention, et de la conduite à tenir)</i>		
Perception de la maladie et du traitement, soutien social <i>(ressources, motivation, acceptation de la maladie...)</i>		
Croyances/Représentations <i>(relation soignant/patient, attente,...)</i>		
Effets indésirables <i>(conséquences, ressenties, vécus)</i>		



COMPTE RENDU DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE D'INITIATION

Date :

Pharmacien :

Exemples de facteurs de risque (ressources / difficultés) :

- Facteurs liés à la santé : douleur, fatigue, troubles digestifs causés par le cancer, etc
- Facteurs liés au traitement : polymédication, schéma thérapeutique complexe, expérience avec les traitements antérieurs, effets indésirables
- Facteurs liés au patient : ressources (soutien social, capacités cognitives, perception des succès en tant que tels, capacité de détermination de sa vie, stress psycho-social, anxiété, dépression), savoir (connaissance de la maladie et du traitement, autonomie pour détecter signes et symptômes de la maladie), attitude (motivation, attitude positive), attentes (attente guérison ou bonne qualité de vie, contraintes attendues de la maladie ou du traitement), comportement addictif (alcool, tabac)
- Facteurs liés à la relation médecin/patient : alliance thérapeutique, croyance dans les médicaments (The Beliefs about Medicines Questionnaire) ?

Le patient a-t-il des questions ?	Réponses apportées	À compléter la prochaine séance



**COMPTE RENDU DE CONSULTATION
PHARMACEUTIQUE**

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Pharmacien :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE

Problèmes identifiés	Médicaments concernés
Non-conformités aux référentiels	
Contre-indication	
Indication non traitée	
Posologie inadéquate	
Médicament non indiqué	
Interactions médicamenteuses	
Traitement non reçu	
Toxicité médicamenteuse	

INTERVENTION PHARMACEUTIQUE		
	ACTION MENEÉ	CONSEQUENCE
PATIENT		
ONCOLOGUE		
MEDECIN TRAITANT		
MEDECIN SPECIALISTE (préciser :)		
OFFICINE REFERENTE		
PRESTATAIRE DE SERVICE		
INFIRMIER		