



**COMPTE RENDU DE CONSULTATION  
PHARMACEUTIQUE DE SUIVI**

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 DE SUIVI**

Date :

Pharmacien : .....

**BILAN MEDICAMENTEUX OPTIMISE**

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

RECOURS A DES MEDECINES ALTERNATIVES : NON

OUI  Préciser :



## COMPTE RENDU DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE DE SUIVI

Date :

Pharmacien : .....

### EVALUATION DE LA TOLERANCE

Depuis le dernier entretien, le patient a-t-il présenté des effets indésirables (critères *NCI*)? Oui  Non

Evaluation de la douleur : Choisissez un élément./10

N°	Effet indésirable	Date	Grade	Conduite du patient	Action menée

### ANALYSE PHARMACEUTIQUE



## COMPTE RENDU DE CONSULTATION PHARMACEUTIQUE DE SUIVI

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 ou de vomissement peu de temps après la prise?			
Le patient connaît-il les effets indésirables de sa TO ?			
Le patient sait-il comment gérer l'apparition de ces effets indésirables ?			
Le patient connaît-il les thérapeutiques contre-indiquées avec sa TO ?			
Le patient connaît-il les aliments déconseillés avec sa TO ?			



**COMPTE RENDU DE CONSULTATION  
PHARMACEUTIQUE DE SUIVI**

Date :

Pharmacien : .....

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

*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 tel, 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 (BMQ) ?

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

**SYNTHESE DE LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE**

--

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

<b>INTERVENTION PHARMACEUTIQUE</b>		
	<b>ACTION MENEES</b>	<b>CONSEQUENCE</b>
<b>PATIENT</b>		
<b>ONCOLOGUE</b>		
<b>MEDECIN TRAITANT</b>		
<b>MEDECIN SPECIALISTE</b> (préciser : )		
<b>OFFICINE REFERENTE</b>		
<b>PRESTATAIRE DE SERVICE</b>		
<b>INFIRMIER</b>		