



Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'Immatriculation :

Régime d'affiliation :

Adresse :

Date de l'entretien initial et nom du pharmacien :

1. Entretien initial	2
2. Informations générales concernant le patient	2
3. Evaluation de l'appropriation du traitement par anticancéreux oral et observance	3
4. Les modalités d'administration	3
5. Gestion des effets indésirables	4
6. Entretien d'observance	5
7. Conclusion pour le patient	6
8. Conclusion pour le pharmacien	6
9. Carte de rendez-vous des entretiens à l'officine	7
10. Bulletin d'adhésion du patient	8
11. Accord du patient	9



1. ENTRETIEN INITIAL

2. Informations générales concernant le patient

1. Nom et prénom

2. Age

3. Numéro de sécurité sociale

4. Régime d'affiliation

5. Adresse

6. Poids

7. Nom du ou des traitements
anticancéreux oraux prescrits

8. Autres traitements médicamenteux
au long cours

9. Autres médicaments/produits
consommés par le patient

10. Habitudes de vie (alimentation,
alcool, tabac, activité physique, sport
de contact, activité manuelle,
déplacement, voyage...)

11. Allergies et intolérances

12. Identification des situations
nécessitant assistance (difficultés
motrices, cognitives, sensorielles)

13. Coordonnées du médecin traitant et
du service d'oncologie

14. information reçue concernant l'offre
de soin : supports éventuels,
dispositif d'annonce de la maladie,
échanges avec un professionnel de
santé, réseau régional ou territorial
de cancérologie, établissement
réalisant les soins...



3. Evaluation de l'appropriation du traitement par anticancéreux oral et observance

1. Comment percevez-vous votre traitement (connaissance du traitement, compréhension...) ?

2. Quel est votre ressenti par rapport à sa voie d'administration ?

3. Votre médecin traitant est-il informé que vous êtes sous anticancéreux oral ?

4. Connaissez-vous l'importance de l'observance (l'efficacité du traitement dépend en grande partie de la capacité du patient à bien le suivre) ?

5. Connaissez-vous l'importance de la surveillance de ces traitements ?

4. Les modalités d'administration

1. Connaissez-vous le schéma de prise de votre traitement ?

2. Connaissez-vous les règles de prise de votre médicament ?

3. Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'oubli ?



5. GESTION DES EFFETS INDESIRABLES ET LA VIE QUOTIDIENNE

1. Connaissez-vous les règles générales à mettre en place en cas de prise d'anticancéreux oral (à adapter en fonction des comorbidités)?

2. Ressentez-vous des effets indésirables liés à votre traitement ?

3. Connaissez-vous les modalités spécifiques liées à votre traitement à mettre en place?

3. Comment vivez-vous votre traitement ?

4. Avez-vous des rendez-vous très réguliers avec les services hospitaliers?

5. Le patient a-t-il le sentiment d'être éloigné du monde médical du fait de la voie d'administration de son traitement ?)

6. Ressentez-vous le besoin d'avoir une aide extérieure (psychologique, aide au quotidien...) ?



6. ENTRETIEN D'OBSERVANCE

1. Le patient sait-il qu'il est important d'être observant ? A PA NA
-
2. Le questionnaire de GIRERD: score =6
Compter un point par réponse négative aux questions suivantes = 4 ou 5 ≤ 3
-
- Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ? oui/non
-
- Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ? oui/non
-
- Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? oui/non
-
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? oui/non
-
- Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ? oui/non
-
- Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? oui/non
-
3. Le patient connaît-il les risques en cas d'oubli ? A PA NA
-
4. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? A PA NA
- Si oui, explicitez A PA NA
-



7. CONCLUSION POUR LE PATIENT

(A la fin de chaque entretien)	Entretien initial	Entretien gestion des effets indésirables et vie quotidienne	Entretien observance
Le patient a-t-il des questions ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

8. CONCLUSION POUR LE PHARMACIEN

(A la fin de chaque entretien)	Entretien initial		Thème gestion des effets indésirables et vie quotidienne		Thème observance	
1. Petite synthèse de l'entretien et durée approximative						
2. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient						
3. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4. Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5. Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

9. Carte de rendez-vous des entretiens à l'officine



Carte de rendez-vous

Rendez-vous le/...../..... àh.....

Coordonnées

Pour le rendez-vous, n'oubliez pas d'apporter :

- Ordonnances des médecins généralistes
- Ordonnances des médecins spécialistes
- Les boîtes de vos médicaments sur ordonnances, médicaments ou compléments alimentaires sans ordonnances et produits dermatologiques ;
- Derniers résultats biologiques
- Compte rendu d'hospitalisation



Carte de rendez-vous

Rendez-vous le/...../..... àh.....

Coordonnées

Pour le rendez-vous, n'oubliez pas d'apporter :

- Ordonnances des médecins généralistes
- Ordonnances des médecins spécialistes
- Les boîtes de vos médicaments sur ordonnances, médicaments ou compléments alimentaires sans ordonnances et produits dermatologiques ;
- Derniers résultats biologiques
- Compte rendu d'hospitalisation



Carte de rendez-vous

Rendez-vous le/...../..... àh.....

Coordonnées

Pour le rendez-vous, n'oubliez pas d'apporter :

- Ordonnances des médecins généralistes
- Ordonnances des médecins spécialistes
- Les boîtes de vos médicaments sur ordonnances, médicaments ou compléments alimentaires sans ordonnances et produits dermatologiques ;
- Derniers résultats biologiques
- Compte rendu d'hospitalisation



Carte de rendez-vous

Rendez-vous le/...../..... àh.....

Coordonnées

Pour le rendez-vous, n'oubliez pas d'apporter :

- Ordonnances des médecins généralistes
- Ordonnances des médecins spécialistes
- Les boîtes de vos médicaments sur ordonnances, médicaments ou compléments alimentaires sans ordonnances et produits dermatologiques ;
- Derniers résultats biologiques
- Compte rendu d'hospitalisation





10. Bulletin d'adhésion du patient



Traitement anticancéreux oraux
DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PHARMACIEN

**Bulletin d'adhésion
et de désignation du pharmacien**

Votre pharmacien, en accord avec votre caisse d'assurance maladie, vous propose d'adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement anticancéreux oraux.

Afin de bénéficier de ce dispositif vous offrant un suivi et des conseils personnalisés sur ce traitement, merci de bien vouloir compléter les deux bulletins en majuscules et au stylo à bille, et les signer.

Votre pharmacien et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion. Votre pharmacien tient son exemplaire à la disposition du service du contrôle médical.

OUI, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement anticancéreux oraux proposé par le pharmacien ci-dessous désigné

NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients sous traitement anticancéreux oraux

Identification de l'adhérent :

- Nom et Prénom :
- Date de naissance :
- N° d'immatriculation :
- Régime d'affiliation (reporter le code figurant dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier) :
- Adresse :

Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :

- Nom de la pharmacie :
- Adresse :
- N° d'identification Assurance Maladie :
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement¹ :

¹ En cas d'absence du pharmacien initialement désigné, l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de l'officine.



11. Accord du patient



L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI

NON

(en cas de refus, l'adhésion au dispositif n'est pas possible)

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin prescripteur si différent :

L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante. Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement.

Adhésion établie à l'initiative du pharmacien (si oui, cocher la case)

Fait le :	
Signature de l'adhérent	Nom du pharmacien titulaire Signature et cachet de la pharmacie

La mise en œuvre de cet accompagnement peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie et du pharmacien que vous avez désigné. Vous êtes informé(e) que le refus de participer au dispositif d'accompagnement que peut vous proposer votre pharmacien n'a aucune conséquence sur vos remboursements.