

GUIDE DU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

DATE DE RÉALISATION DU BPM :

HABITUDES DE VIE	
Vivez-vous : <ul style="list-style-type: none"> • Seul(e) à votre domicile • Accompagné(e) 	
Quelqu'un vous aide-t-il au quotidien ? <i>Si oui, qui ?</i>	
Quelles sont vos habitudes alimentaires ? Combien de repas prenez-vous ? À quel moment de la journée ?	
Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? (sans sel...)	
Consommez-vous certains produits tels que : <ul style="list-style-type: none"> • L'alcool • Du pamplemousse 	
ÉTAT PHYSIOLOGIQUE	
Souffrez-vous d'une maladie rénale ou hépatique ? Quels sont vos antécédents identifiés ?	
Avez-vous des problèmes de : <ul style="list-style-type: none"> • Déglutition • Vision • Douleurs articulaires 	
Souffrez-vous d'allergies ?	
Avez-vous un carnet de suivi ?	
Remarques complémentaires	

Une fois que vous avez renseigné ces éléments, vous pouvez revoir la liste des traitements pris par le patient, à partir de votre LGO et des informations transmises lors de la sortie du patient (disponibles sur HospiVille) :

- Médicaments et autres thérapies
- Dosage
- Forme
- Fréquence – Posologie
- Débit de filtration glomérulaire



Lorsque les traitements sont mis à jour, vous pouvez questionner le patient sur sa compréhension, son usage et son observance :

COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT

Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?	
À quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
Prenez-vous d'autres produits de vous-même (aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...)	
Avez-vous récemment pris des antibiotiques ?	
Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit ? <i>Si oui, pourquoi ?</i>	
Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments ? (sommolence, douleurs articulaires)	
Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ?	
Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ?	
Utilisez-vous des rappels (alarme sur le téléphone) pour la prise de vos médicaments ? Si oui, à quel moment de la journée avez-vous ces rappels et pour quel(s) médicament(s) ?	
Vous reste-t-il des médicaments à la fin du mois ? Et pour d'autres, au contraire, êtes-vous toujours en rupture ?	
Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?	
Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez-vous ?	
Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou par quelqu'un d'autre ?	
Êtes-vous aidé(e) dans la prise de vos médicaments ?	
Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments ? (sécheresse buccale, gélule trop grosse...)	
Souhaitez-vous être aidé(e) dans la prise de vos médicaments ?	



ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE	OUI	NON
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	0	1
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicaments ?	0	1
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	0	1
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	0	1
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?	0	1
Pensez-vous avoir trop de comprimés à prendre ?	0	1

Chaque réponse négative vaut 1 point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : **score de 6**
- Faible observance : **score de 4 ou 5**
- Non observance : **score inférieur ou égal à 3**

