**IDENTITES/COORDONNEES**

**TRAITEMENTS PRESCRITS et ASSOCIES**

Patient : ……………………………………………………………………….

ANTICANCEREUX : …………………………………………………….

PROTOCOLE : …………………………………. Molécule en RH 

CHRONIQUE : …………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

COMPLEMENTAIRE (phytothérapie, homéopathie, aromathérapie…) ……………………………………………………………………………………

**PROFESSIONNELS DE SANTE**

Oncologue : ………………………………………………………………….

IDEC : ……………………………………………………………………………….

Pharmacien hospitalier : …………………………………………………

Médecin traitant : ……………………………………………………………

Infirmière libérale : ………………………………………………………….

Pharmacie d’officine : ………………………………………………………

Pharmacien d’officine : ……………………………………………………

Date initiation traitement :…………………

**EVALUATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTRETIEN INITIATION Date : ………….**Vérification du Bon Usage du Médicament :** Le patient connait-il les modalités de prises ? Oui NonLe patient a-t-il une appréhension à prendre son traitement ? Oui NonLe patient est –il autonome dans la prise de ces médicaments ? Oui NonPrésence d’interactions médicamenteuses : Oui NonSi oui, qui avez-vous prévenu (PH Hospitalier/IDEC onco) ?........................Avez-vous informé le Médecin traitant ? Oui Non | ENTRETIEN 2 Date : ……………….**Vérification du Bon Usage du Médicament :** Le patient connait-il les modalités de prises ? Oui Non**Observance** score de GIRERD : =6 =4 ou 5 ≤ 3 Rajout de médicaments : ……………………… Oui NonSurvenue d’effets indésirables : Oui NonDate de survenue : …………………………………*Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous « toxicité/EI »*  | ENTRETIEN 3 Date : ………………….**Vérification du Bon Usage du Médicament :** Le patient connait-il les modalités de prises ? Oui Non **Observance** score de GIRERD :=6 =4 ou 5 ≤ 3Rajout de médicaments : ……………………. Oui NonSurvenue d’effets indésirables : Oui NonDate de survenue : ………………………………*Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous « toxicité/EI »*   |

**TOXICITES/EFFETS INDESIRABLES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ENTRETIEN INITIATION : Description de l’EI : …………………………….…………………………………………………………….Niveau de gêne pour le patient (échelle de 1 à 10) : ………………………………………….Orientation **Médecin Traitant** :  Oui  Non Orientation **équipe hospitalière**(PH, IDEC, Oncologue) : Oui  Non Information **IDE** : Oui  Non  | ENTRETIEN 2 :Description de l’EI : …………………………….……………………………………………………………Niveau de gêne pour le patient (échelle de 1 à 10) : …………………………………………Orientation **Médecin Traitant** :  Oui  Non Orientation **équipe hospitalière**(PH, IDEC, Oncologue) : Oui  Non Information **IDE** : Oui  Non  | ENTRETIEN 3 :Description de l’EI : ………………………………………………………………………………………………Niveau de gêne pour le patient (échelle de 1 à 10) : ………………………………………….Orientation Médecin Traitant :  Oui  Non Orientation **équipe hospitalière**(PH, IDEC, Oncologue) : Oui  Non Information **IDE** : Oui  Non  |