**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 Non  Le patient a-t-il une appréhension à prendre son traitement ?  Oui Non  Le patient est –il autonome dans la prise de ces médicaments ?  Oui Non  Présence d’interactions médicamenteuses :  Oui Non  Si 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 Non  Survenue d’effets indésirables :  Oui Non  Date 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 ≤ 3  Rajout de médicaments : …………………….  Oui Non  Survenue d’effets indésirables :  Oui Non  Date 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 |