

Trajet de démarrage diabète – Compte-rendu pour le pharmacien



Nom du patient : _____

Pharmacie

Date de l'entretien : _____

Domicile du patient

| Préparation | |
|---|--|
| <p>Nom et posologie (usuelle) des antidiabétiques : _____ _____ _____</p> <p>Evaluation de l'observance thérapeutique sur base des données de délivrance : <input type="checkbox"/> Bonne à très bonne (> 80%) <input type="checkbox"/> Insuffisante (< 80%)</p> <p>Date dernière délivrance/administration vaccins : Grippe : _____ COVID : _____ Pneumocoques : _____</p> | <p>Interactions potentielles cliniquement significatives : _____ _____ _____</p> <p>Médicaments (OTC) contenant du sucre : _____ _____ _____</p> <p>Documentation à remettre au patient : <input type="checkbox"/> Dépliant sur le diabète <input type="checkbox"/> Dépliant sur le traitement <input type="checkbox"/> Dépliant sur l'hypoglycémie</p> |
| Points à aborder avec le patient | Points d'attention |
| <p><input type="checkbox"/> Questions du patient concernant le diabète ou son traitement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Bon usage Médicaments utilisés pour le diabète ? Combien ? A quel moment ? Comment ? Problèmes ?</p> <p><input type="checkbox"/> Attitudes et préoccupations <input checked="" type="checkbox"/> Satisfaction/ressenti ? <input checked="" type="checkbox"/> Préoccupations/doutes ? <input checked="" type="checkbox"/> Effets indésirables ? Gestion des effets indésirables ?</p> <p><input type="checkbox"/> Observance thérapeutique <input checked="" type="checkbox"/> Oublis ? Gestion des oublis ? <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement médicament/prescription ? <input checked="" type="checkbox"/> Modification/arrêt du traitement : • Doute/incompréhension/manque d'efficacité ? • Craintes des effets indésirables, de dépendance ? • Effets indésirables ?</p> <p><input type="checkbox"/> Signes de complications</p> <p><input type="checkbox"/> Vaccination antigrippe/COVID/pneumocoques</p> <p><input type="checkbox"/> Associations (médicamenteuses) à surveiller</p> <p><input type="checkbox"/> Signaux d'alarme → médecin</p> | <p>BON USAGE <input type="checkbox"/> Posologie <input type="checkbox"/> Moments de prise/prise par rapport aux repas <input type="checkbox"/> Difficultés d'utilisation (pour avaler, manipulation des blisters, division/broyage des formes retard, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> INQUIÉTUDES/MÉCONNAISSANCE/DOUTES</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES <input type="checkbox"/> Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Hypoglycémies fréquentes (objectivées par mesure de la glycémie : oui/non) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Gestion des effets indésirables/hypoglycémies</p> <p><input type="checkbox"/> OUBLIS (< 4 fois/2 sem - > 4 fois/2 sem) <input type="checkbox"/> GESTION DES OUBLIS <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT MEDICAMENT/PRESCRIPTION</p> <p><input type="checkbox"/> SIGNES DE COMPLICATIONS (lésions aux pieds, cicatrisation lente, troubles de la vision, picotements, engourdissements ou perte de sensibilité des extrémités, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE : _____</p> |

Solutions proposées

- Informations ou conseils supplémentaires
- Automesure de la glycémie
- Aide-mémoire, système de rappel
- Schéma de médication
- Pilulier
- Préparation de médication individuelle (PMI)
- Autre : _____

Feedback médecin

- Observance thérapeutique insuffisante :

- Manifestation d'effets indésirables :

- Crises d'hypoglycémie fréquentes
- Interaction médicamenteuse potentielle
avec : _____
- Difficultés d'utilisation (pour avaler,
manipulation des blisters, division/broyage
des formes retard, ...)

- Proposition de modification de traitement :

- Signes de complication (lésions aux pieds,
cicatrisation lente, troubles de la vision,
picotements, engourdissements ou perte de
sensibilité des extrémités, ...)
- Absence de vaccination
antigrippe/COVID/pneumocoques
- Autre : _____

Notes personnelles :

