



## BUM Pré-trajet Diabète – Compte-rendu pour le pharmacien

Nom du patient : \_\_\_\_\_

Date de l'entretien : \_\_\_\_\_

Pharmacie

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 (&gt; 80%)  <input type="checkbox"/> Insuffisante (&lt; 80%)</p> <p>Date délivrance vaccin antigrippe :            _____</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"/> <b>Questions</b> du patient concernant le diabète ou son traitement ?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Bon usage</b>            Médicaments utilisés pour le diabète ?            Combien ? A quel moment ? Comment ?            Problèmes ?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Attitudes et préoccupations</b>  <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"/> <b>Observance thérapeutique</b>  <input checked="" type="checkbox"/> Oublis ? Gestion des oublis ?  <input checked="" type="checkbox"/> Renouvellement médicament/prescription ?  <input checked="" type="checkbox"/> Modification/arrêt du traitement :  <ul style="list-style-type: none"> <li>• doute/incompréhension/manque d'efficacité ?</li> <li>• craintes des effets indésirables, de dépendance ?</li> <li>• effets indésirables ?</li> </ul> </p> <p><input type="checkbox"/> <b>Signes de complications</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vaccination antigrippale</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Associations (médicamenteuses) à surveiller</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Signaux d'alarme → médecin</b></p>	<p><b>BON USAGE</b>  <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"/> <b>INQUIÉTUDES/MÉCONNAISSANCE/DOUTES</b></p> <p><b>EFFETS INDÉSIRABLES :</b>  <input type="checkbox"/> Troubles digestifs  <input type="checkbox"/> Hypoglycémies fréquentes  <input type="checkbox"/> Autre : _____  <input type="checkbox"/> Gestion des effets indésirables/hypoglycémies</p> <p><input type="checkbox"/> <b>OUBLIS (&lt; 4 fois/2 sem - &gt; 4 fois/2 sem)</b>  <input type="checkbox"/> <b>GESTION DES OUBLIS</b>  <input type="checkbox"/> <b>RENOUVELLEMENT MEDICAMENT/PRESCRIPTION</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>SIGNES DE COMPLICATIONS</b> (lésions aux pieds, cicatrisation lente, troubles de la vision, picotements, engourdissements ou perte de sensibilité des extrémités, ...)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>AUTRE :</b> _____</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 antigrippale
- Autre : \_\_\_\_\_

Notes personnelles :

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

