

# Rapport d'entretien



PROJET PILOTE  
**OSTÉOPOROSE**

Date de l'entretien : -- / -- / ----

## Données du patient

Numéro d'identification : -- -- -- -- --

Sexe : M / F      Année de naissance : -- -- --

## Données médicamenteuses

Date d'initiation du traitement anti-ostéoporotique (voir historique médicamenteux) : -- / -- / ----

### Analyse de la liste des médicaments

Nom du dernier médicament anti-ostéoporotique délivré (Médicament 1) : .....

Date de la dernière délivrance : -- / -- / ----

Changement de classe médicamenteuse au cours des 12 derniers mois

Nom du médicament délivré antérieurement (Médicament 0) : .....

### Calcium et Vitamine D

Délivrance(s) enregistrée(s) au nom du patient (supplément et/ou association avec un biphosphonate) :

Calcium       Vitamine D

Notes personnelles :

## Entretien

Pris par le patient ?	MÉDICAMENT	<input type="checkbox"/> CALCIUM	<input type="checkbox"/> VITAMINE D
<b>Modalités de prise connues ?</b> (à jeun, intervalles de temps, mode de prise, ...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Estimation de l'observance thérapeutique</b> Fréquence des prises > 80% = bonne observance (p.ex. > 5 prises par semaine)	<input type="checkbox"/> Bonne à très bonne <input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> Bonne à très bonne <input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> Bonne à très bonne <input type="checkbox"/> Insuffisante

<b>Rencontrez-vous des difficultés pour prendre votre(vos) médicament(s) tel que prescrit(s) ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<input type="checkbox"/> Inquiétudes et/ou méconnaissance	<input type="checkbox"/> Effets indésirables
<input type="checkbox"/> Doutes vis-à-vis de l'utilité et/ou de l'efficacité	<input type="checkbox"/> Lassitude
<input type="checkbox"/> Contraintes de prise	<input type="checkbox"/> Problèmes d'administration (à la déglutition, ...)
<input type="checkbox"/> Oublis	<input type="checkbox"/> Coût
<input type="checkbox"/> Polymédication	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Problèmes cognitifs, autonomie limitée	

Notes personnelles :

## Le patient est-il aidé pour la préparation ou la prise de ses médicaments ?

- Non, autonome  
 Aide d'un aidant proche     Aide d'un infirmier     Préparation de Médication Individuelle (PMI)

### Solutions

		Suivi	
		Accepté	Non accepté
<input type="checkbox"/> Pas de solution ou d'intervention nécessaire			
<input type="checkbox"/> Informations ou conseils supplémentaires nécessaires			
Solution <b>proposée</b> par le pharmacien :	Aide-mémoire, système de rappel	<input type="checkbox"/>	
	Délivrance d'un pilulier	<input type="checkbox"/>	
	Schéma de médication	<input type="checkbox"/>	
	Préparation de médication individualisée	<input type="checkbox"/>	
	Fréquence d'administration	<input type="checkbox"/>	
	Changeement du mode d'administration	<input type="checkbox"/>	
	Changeement de classe médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	
	Alternative moins chère	<input type="checkbox"/>	
	Arrêt du traitement	<input type="checkbox"/>	
	Autre : .....	<input type="checkbox"/>	
Concernant le médicament	Initiation	<input type="checkbox"/>	
	Changeement de spécialité (forme galénique, association, ...)	<input type="checkbox"/>	
	Changeement de fréquence d'administration	<input type="checkbox"/>	
Concernant le calcium et/ou la vitamine D	Alternative moins chère	<input type="checkbox"/>	
	Solution : .....	<input type="checkbox"/>	

### Communication avec le médecin

- Pas de contact     Via la lettre de renvoi remise au patient     Par téléphone     Par courrier ou mail

#### Motif :

- Changeement de traitement (forme galénique, alternative moins chère, ...)     Arrêt du traitement  
 Initiation calcium et/ou vitamine D     Feedback de l'entretien     Autre : .....

### Durée de l'entretien

- < 10 min     10-15 min     > 15 min     > 30 min

### Suivi prévu

Date estimée: -- / -- / -- --

- Sur rendez-vous     Par téléphone     Lors de la venue du patient à l'officine

### Les problèmes mis en évidence au cours de l'entretien ont-ils été résolus ?

- Pas de problèmes mis en évidence lors de l'entretien  
 Usage du médicament/calcium/vitamine D non connu :  OK     pas OK  
 Observance thérapeutique du médicament/calcium/vitamine D insuffisante :  OK     pas OK  
 Problèmes mis en évidence lors du suivi : .....  
 .....  
 .....

### Les solutions proposées ont-elles été acceptées ? Complétez le tableau ci-dessus

Notes personnelles :