

BILAN PARTAGE DE MEDICATION EN EHPAD

Informations générales relatives au résident et à l'établissement d'accueil

Nom :	Né(e) le :	Age :.....	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Prénom :			
En hébergement : <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire			
Unités spécifiques : <input type="checkbox"/> Secteur protégé <input type="checkbox"/> Unité Alzheimer <input type="checkbox"/> Unité d'hébergement renforcé			
Le patient est identifié comme relevant d'une prise en charge palliative ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Allergies médicamenteuses : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Si oui, précisez :			
.....			

Contexte de la réalisation du BPM

Accord du résident ou de son représentant légal pour que le pharmacien référent réalise un bilan partagé de médication (BPM) avec l'équipe soignante : Oui Non

Date de réalisation du BPM :/...../.....

Contexte du BPM : Bilan initial d'entrée en EHPAD (date d'entrée :/...../.....)

Réévaluation annuelle

Hospitalisation récente au cours des 3 derniers mois

Iatrogénie médicamenteuse : confusion, chute, agitation, somnolence...

Initiation de nouveaux traitements

Professionnels de santé

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) + fréquence des suivis :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Synthèse de l'évaluation gériatrique standardisée
à compléter avec l'équipe soignante

Domaine physique

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Mobilité réduite | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Alitement | |
| Aide à la marche | <input type="checkbox"/> Déambulateur | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Canne |
| - Si oui, dispositif adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Chute au cours des 3 derniers mois | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Nb de chute(s) : |
| Risque de chute identifié | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Chaussures adaptées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Activité physique régulière (participation atelier ?) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Précisez : |

Domaine nutritionnel

- Poids (kg) Taille (m) IMC (kg/m²)..... Score MNA/30
- Perte de poids (+ de 5% dans le dernier mois ou 10% au cours des 6 derniers mois) Oui Non
- Perte d'appétit Oui Non
- Risque de dénutrition identifié Oui Non
- Régime Enrichi Autre :
- CNO en cours Oui Non Précisez lesquels :
- Texture Normal Mouliné Mixé
- Troubles de la déglutition Oui Non
- Si applicable, appareil dentaire adapté Oui Non
- Consommation (si oui, cochez) Alcool Tabac

Domaine cognitif

- Troubles cognitifs Oui (Score MMSE/30) Non
- Symptômes psycho-comportementaux associés aux démences Oui Non

Domaine thymique

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Troubles de l'humeur et du comportement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Plainte du sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Somnolence en journée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Domaine sensoriel (vision – audition)

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Equipé d'un appareil visuel | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Si oui, appareil adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Equipé d'un appareil auditif | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Si oui, appareil adapté | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |

Informations complémentaires :

- | | | | |
|---|------------------------------|---|---|
| Douleur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Escarre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Patient à risque |
| Si oui/si patient à risque, présence d'un matelas à air ? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Incontinence urinaire / fécale | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Si incontinence, protection adaptée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Constipation | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |
| Diarrhée | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

Constantes

Tension artérielle (mmHg) :PAS/PAD Date du dernier contrôle :/..../.....
 Fréquence cardiaque (bpm) : Date du dernier contrôle :/..../.....

Hypotension orthostatique (*recherche d'hypotension orthostatique tous les 6 mois si prescription d'antihypertenseur*) : Oui Non Ne sait pas

Antécédents et comorbidités

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations

Grippe	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les ans durant la campagne
Tétanos	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les 10 ans à partir de 65 ans
Pneumocoque Si diabète non équilibré par régime seul, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, BPCO, immunodépression etc. cf. <u>calendrier vaccinal</u>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<u>Non vaccinés antérieurement :</u> VPC13 puis VPP23 (>S8) <u>Vaccinés antérieurement :</u> - Avec la séquence VPC13-VPP23 : VPP23 avec un délai d'au moins 5 ans après le dernier VPP23 - Vaccinés depuis plus de 1 an avec le VPP23 : VPC13. Revaccination par VPP 23 avec un délai d'au moins 5 ans après le dernier VPP23
Zona	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	En prévention du zona et des douleurs post-zostériennes des personnes âgées de 65 à 74 ans révolus selon un schéma à une dose. (Remb séc soc 30%)
Covid (SARS-CoV-2)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Voir guide du ministère des solidarités et de la santé (dec 20).

Traitements médicamenteux

Critère d'alerte et de maîtrise de l'iatrogénie de la HAS (identification des redondances pharmacologiques pouvant être à l'origine d'iatrogénie médicamenteuse) :

Co-prescription :

- de 3 psychotropes ou plus
- de 2 diurétiques ou plus
- de 4 antihypertenseurs ou plus

Confirmation de la prescription :

- si neuroleptique chez le malade Alzheimer
- si benzodiazépine à demi vie longue

Préparation et prise des traitements :

La forme galénique des médicaments est-elle adaptée ? Oui Non

- Si non, précisez l'alternative galénique à proposer :
-
-

Y a-t-il un écrasement des médicaments ou ouverture des gélules (*si oui vérifier que c'est possible grâce à la [liste de la SFPC](#) et le reporter dans le tableau d'analyse*) : Oui Non

- Si oui, utilisation d'un broyeur de comprimé ? Oui Non
- Si oui, administration dans Eau Compote Autres :

Tolérance et adhésion médicamenteuse :

Pensez-vous que le résident à déjà présenté des effets indésirables suite à la prise de médicaments ?

- Oui Non
- Si oui, précisez :

Le patient refuse-t-il de prendre ses traitements ? Oui Non

- Si oui, précisez :

Processus d'identification des interventions pharmaceutiques

Contexte :		Domaines altérés :		Objectifs thérapeutiques (si applicable):			
Sexe :	Age :	<input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Cognitif <input type="checkbox"/> Thymique <input type="checkbox"/> Nutritionnel <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition		- TA : - HbA1c :			
A RELIER				Analyse pharmaceutique			
Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI <i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé</i>	Ecrasement cp / ouverture gélules		Entretien <i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	Biologie <i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	Recommandations <i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	Interventions identifiées à prioriser
		Cochez si oui	Cochez si possible selon liste de la SFPC				

Nombre de DCI : Alerte hyperpolymédication (>10DCI)
 Oui Non
 Alerte médicament à marge thérapeutique étroite
 Oui Non

Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI <i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé</i>	Ecrasement cp / ouverture gélules		Entretien <i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	Biologie <i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	Recommandations <i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	Interventions identifiées
		Cochez si oui	Cochez si possible selon liste de la SFPC				

Nombre de DCI :Alerte hyperpolymédication (>10DCI)

Oui Non Alerte médicament à marge thérapeutique étroite Oui Non

Plan Pharmaceutique Personnalisé à transmettre aux prescripteurs

1. *Hiérarchiser et prioriser les IP*
2. *Recontextualiser l'intervention en partant des éléments recueillis grâce à l'entretien*
3. *Argumenter avec les justifications scientifiques adéquates.*

Médicaments concernés / point d'intérêt	Propositions		<u>Argumentaire</u> <i>(si possible, il faut partir en priorité d'un argument de la colonne tolérance/commentaires équipe soignante, puis biologie et enfin recommandations)</i>
	<u>Pour le MT</u>	<u>Pour l'équipe soignante</u>	
1			
2			
3			
4			
5			

Conclusion avec l'équipe soignante :

Réévaluation à 1 an

Consultation(s) médicale(s) à programmer

Autres :

