

## BILAN PARTAGE DE MEDICATION - BPM

### Informations générales relatives au patient

**Nom :** ..... **Né(e) le :** .....  
**Prénom :** ..... **Age :** .....  
**Poids (kg) :** ..... **Sexe :**  Féminin  Masculin  
**Taille (cm) :** .....  
**Mode de vie :** **Lieu de vie :**  
 Seul(e)  Domicile  
 Avec conjoint  Foyer logement  
 Avec famille  Autre: .....  
 Autre: .....

### Contexte de la réalisation du BPM

**Pré-requis :**

- ✓ **Accord du patient pour participer au dispositif d'accompagnement des patients âgés polymédiqués, le bilan partagé de médication** (signature du [bulletin d'adhésion](#) assurance maladie) ?  Oui  Non
- ✓ **Accord du médecin traitant** ?  Oui  Non

**Si bilan de médication initial, dates de réalisation :**

1. Entretien « recueil d'information » (p 2-7) : : ...../...../.....
2. « STEP 1 d'ICOPE » (p 9) ou « Repérage de la fragilité » (p 10) (Optionnel) : ...../...../.....
3. Entretien « conseil » (p 13): ...../...../.....
4. Entretien « suivi de l'observance » (p 14) : ...../...../.....

**Si réévaluation annuelle avec modification de traitement, dates de la réalisation du BPM :**

1. Actualisation de l'entretien « recueil d'information » (p 2-7) : ...../...../.....
2. Entretien « conseil » (p 13) : ...../...../.....
3. Entretien « suivi de l'observance » (p 14) : ...../...../.....

**Si réévaluation annuelle sans modification de traitement, dates de la réalisation du BPM :**

1. Entretien « suivi de l'observance » (p 14) : ...../...../.....
2. Entretien « suivi de l'observance » (p 14) : ...../...../.....

**Contexte du BPM :**

- Doute sur l'observance
- Hospitalisation récente au cours des 3 derniers mois
- Polymédication
- Iatrogénie médicamenteuse
- Initiation de nouveaux traitements
- Autre : .....

**Lieu de l'entretien :**

- Espace de confidentialité
- Domicile

**Entretien n°1 de recueil d'information**

**Heure de début** : .....

**Professionnels de santé**

Nom, coordonnées, fréquence de suivi du **médecin traitant** :

.....

Nom, coordonnées, fréquence de(s) suivi(s) du (des) **médecin(s) spécialiste(s)** :

.....

.....

.....

.....

.....

Nom, coordonnées, fréquence de suivi de l'**IDE** :

.....

Nom, coordonnées, fréquence de suivi du **kinésithérapeute**

.....

**Aides à domicile**

Nom et coordonnées de l'**aidant principal** :

.....

**Aide-ménagère**       Oui    Non   Fréquence : .....

**Portage des repas**    Oui    Non   Fréquence : .....

**Téléalarme**         Oui    Non

Autre : .....

**Antécédents et Comorbidités : à renseigner auprès du médecin traitant du patient ou à partir des courriers de spécialistes / hospitalisations.**

**Pathologies cardiovasculaires :**

- HTA  Oui  Non  
 Hypercholestérolémie  Oui  Non  
 Fibrillation auriculaire ou flutter  Oui  Non  
 IDM ou insuffisance coronarienne  Oui  Non  
 Insuffisance cardiaque  Oui  Non  
 Artériopathie des membres inférieurs  Oui  Non  
 AVC hémorragique  Oui  Non  
 AVC ischémique  Oui  Non  
 Accident Ischémique Transitoire  Oui  Non  
 Diabète type 1  Oui  Non  
 Diabète type 2  Oui  Non  
 EP / TVP  Oui  Non

**Autres pathologies :**

- Insuffisance rénale  Oui  Non  
 Cancer en cours d'évolution  Oui  Non  
 Asthme  Oui  Non  
 BPCO  Oui  Non  
 Dysthyroïdie  Oui  Non  
 UGD < 2 mois et/ou RGO  Oui  Non  
 .....  
 Ostéoporose fracturaire  Oui  Non  
 Arthrose  Oui  Non  
 Maladie de système (Horton, PR...)  Oui  Non

**Pathologies psychiatriques :**

- Dépression  Oui  Non  
 Trouble bipolaire  Oui  Non  
 Trouble psychotique  Oui  Non

**Pathologies neurologiques :**

- Maladie de Parkinson  Oui  Non  
 Démence  Oui  Non  
 Epilepsie  Oui  Non

**Autres pathologies :**

- DMLA  Oui  Non  
 Glaucome  Oui  Non  
 Hypertrophie Bénigne Prostate  Oui  Non  
 Syndrome d'apnée obstructif du sommeil  Oui  Non

**Autres pathologies ? (précisez)**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Autres : à remplir avec le patient**

- Chute(s) au cours des 3 derniers mois  Oui  Non Nb de chute(s) : .....
- Plainte du sommeil  Oui  Non  Ne sait pas
- Somnolence en journée  Oui  Non  Ne sait pas
- Incontinence urinaire  Oui  Non  Ne sait pas
- Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année  Oui  Non  Ne sait pas
- Perte d'appétit  Oui  Non  Ne sait pas
- Troubles de la déglutition  Oui  Non  Ne sait pas
- Constipation  Oui  Non  Ne sait pas
- Diarrhée  Oui  Non  Ne sait pas
- Consommation si oui, cochez  Alcool :  Tabac  Pamplemousse
- Précisez (verre/semaine, paquet/année) .....
- Suivez-vous un régime particulier  Oui  Non Précisez : .....
- Activité physique régulière (au – 30min marche/jr ?)  Oui  Non Précisez : .....

**Traitements médicamenteux** : Dans les colonnes grisées cocher si le patient a su citer le nom, les posologies et les indications. Le laisser énumérer ses médicaments (matin, midi puis soir).

DCI / Dosage			Posologie Moment de prise			Indication			Éléments de biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables + date de début traitement ( <i>utile pour psychotropes, antiagrégant etc.</i> )
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Nombre de médicaments : .....

**Automédication :**

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription (aromathérapie, phytothérapie, oligoéléments, médicaments en libre-accès, crèmes, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...) ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

**Gestion globale du traitement :**

Utilisez-vous un pilulier ?  oui  non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ?  oui  non

Allez-vous chercher vous-même vos médicaments à la pharmacie ?  oui  non  non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ?  oui  non  non applicable

**Préparation et prise des médicaments :**

Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter, sachets à ouvrir) ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?

.....  
.....

Si oui, ces difficultés sont-elles dues :

A un déficit au niveau de la main  oui  non  ne sait pas

A un déficit visuel  oui  non  ne sait pas

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?

oui  non  non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ? .....

**Observance :**

Avez-vous déjà arrêté ou modifié (diminution ou augmentation de doses) certains médicaments prescrits de votre propre initiative ?

oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

Quand vous oubliez de prendre vos médicaments se sont plutôt lesquels ? (le matin, le midi, le soir) ?

oui  non  non applicable

Si oui, lesquels et pourquoi ?

.....  
.....

**Score d'observance du GIRERD :**

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?  oui  non
- 2) Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?  oui  non
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?  oui  non
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?  oui  non
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  oui  non
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?  oui  non

**Total des oui :**

Score=0 : Bonne observance  
Score=1 ou 2 : Minime problème d'observance  
Score≥3: Mauvaise observance

**Utilité des médicaments :**

Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ?  oui  non  ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) ?.....  
.....

**Effets secondaires / Tolérance :**

Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?

oui  non  ne sait pas

Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ? Comment luttez-vous contre eux ?

.....  
.....  
.....

**Suivi du traitement :**

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi particulier (antidiabétique, anticoagulant, antihypertenseur...):

- A quelle fréquence effectuez-vous un suivi (HbA1c / INR / Prise tensionnelle...)?

.....

- Rencontrez-vous des difficultés à la faire ?  oui  non  non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....  
.....

**Allergies médicamenteuses :**

oui  non  ne sait pas

Si oui, précisez :

.....  
.....

## Vaccinations :

Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les <b>ans</b>
<b>Tétanos</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les <b>10 ans</b> à partir de 65 ans
<b>Pneumocoque</b> 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 <b>5 ans</b> après le dernier VPP23
<b>Zona</b>	<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 <b>65 à 74 ans révolus</b> selon un schéma à une dose. (Remb séc soc 30%)
<b>Covid (SARS-CoV-2)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Cf <u><a href="#">calendrier vaccinal 2022</a></u>

## Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien.....

**Heure de fin :** .....

**Durée de l'entretien (min) :** .....

**ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS** (favoriser l'utilisation des outils digitaux : application **ICOPE MONITOR** et robot conversationnel **ICOPEBOT**, si le questionnaire est utilisé au format papier le saisir sur la **base de données professionnels**)

**Date du test :**

Evaluation initiale    Suivi – monitoring

**Nom et prénom :**

**Date et ville de naissance :**

**Téléphone Portable:**

**Adresse mail:**

**Nom et ville du médecin traitant :**

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet    Le :

**Signature:**

Fonctions	Tests	Résultats
<b>Cognition</b>	1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	4. Orientation temporo-spatiale : Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?	
	- Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	- Jour du mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Nutrition</b>	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	Poids actuel : ..... Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Cognition</b>	Rappel des trois mots: Mot 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Mot 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Vision</b>	Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Audition</b>	<b>Test de Whisper (test de chuchotement)* :</b>	
	- Oreille droite capable de répéter 3 mots - Oreille gauche capable de répéter 3 mots	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Psychologie</b>	Au cours des deux dernières semaines:	
	1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Mobilité</b>	<b>Test de lever de chaise** :</b>	Temps en sec.....
	1. Réalisation des cinq levers?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? ..... 3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**• A l'issue de la consultation quelles actions ont été prises?**

- Absence d'anomalie: conseils généraux
- Anomalie connue et prise en charge adaptée: conseils ciblés
- Nouvelle anomalie: conseil de rendez-vous auprès de son médecin traitant
- Nouvelle anomalie: prise de rendez-vous immédiate auprès de son médecin traitant



**Repérage fragilité** (cela permettra de pondérer vos propositions pharmaceutiques et également en cas de repérage positif, de proposer au médecin traitant que le patient soit vu (avec son accord) dans une structure d'évaluation de la fragilité afin de réaliser un plan personnalisé : aspect social, nutritionnel, médical etc.)

### **Fiche de repérage des personnes âgées fragiles**

Personne âgée de 65 ans et plus, autonome, à distance de toute pathologie aigue

REPERAGE			
	OUI	NON	NE SAIT PAS
La personne vit-elle seule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se sent-elle plus fatiguée depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne se plaint-elle de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La personne a-t-elle une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En tant que professionnel de santé, la personne vous semble-t-elle en apparence fragile (évaluation subjective)?

Oui  Non

## PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

<b>Contexte :</b> Sexe : Age :	<b>Domaine(s) altéré(s) (ICOPE) :</b> <input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Cognitif <input type="checkbox"/> Thymique <input type="checkbox"/> Nutritionnel <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition  <b>Fragile ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Objectifs thérapeutiques (si applicable):</b> - TA : ..... - HbA1c : ..... - LDL-c : : .....
--------------------------------------	---	--

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>	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

\* [Fiche d'aide à l'analyse pharmaceutique](#)

## PROCESSUS D'IDENTIFICATION DES INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

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>	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

\* [Fiche d'aide à l'analyse pharmaceutique](#)

## Plan Pharmaceutique Personnalisé à transmettre aux prescripteurs

*Hierarchiser et prioriser les interventions pharmaceutiques,  
Recontextualiser l'intervention en partant des éléments recueillis grâce à l'entretien,  
Argumenter avec les justifications scientifiques adéquates.*

<b>Médicaments concernés / point d'intérêt</b>	<b>Propositions</b>	<b><u>Argumentaire</u></b> <i>(si possible, il faut partir en priorité d'un argument de la colonne entretien, puis biologie et enfin recommandations)</i>
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Entretien n°2 : Entretien-conseil avec le patient**

*Conseils de bon usage des produits de santé, [plan de prise](#) construit avec le patient, suivi de l'adhésion, information sur les programmes d'éducation thérapeutique*

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

### Entretien n°3 : Suivi de l'observance

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?  oui  non
- 2) Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?  oui  non
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?  oui  non
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?  oui  non
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  oui  non
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?  oui  non

**Total des oui :**

Score=0 : Bonne observance  
Score=1 ou 2 : Minime problème d'observance  
Score≥3 : Mauvaise observance

### Entretien n°... : Suivi de l'observance

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?  oui  non
- 2) Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?  oui  non
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?  oui  non
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?  oui  non
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  oui  non
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?  oui  non

**Total des oui :**

Score=0 : Bonne observance  
Score=1 ou 2 : Minime problème d'observance  
Score≥3: Mauvaise observance

### Entretien n°... : Suivi de l'observance

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?  oui  non
- 2) Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?  oui  non
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?  oui  non
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?  oui  non
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  oui  non
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?  oui  non

#### Total des oui :

Score=0 : Bonne observance  
Score=1 ou 2 : Minime problème d'observance  
Score≥3: Mauvaise observance

### Entretien n°... : Suivi de l'observance

- 1) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?  oui  non
- 2) Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?  oui  non
- 3) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?  oui  non
- 4) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?  oui  non
- 5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?  oui  non
- 6) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?  oui  non

#### Total des oui :

Score=0 : Bonne observance  
Score=1 ou 2 : Minime problème d'observance  
Score≥3: Mauvaise observance