**MODELE OBSERVATIONS**

**1- Identité :**

**YYY A. Présentation et renseignements sur le patient :**

---- IPP du patient :

---- Age :

---- Sexe :

---- Situation matrimoniale :

---- Profession :

---- Ville :

**AAA 1.Anamnèse (antécédent du patient)**

**SSS Antécédents personnels**

BBB Médicaux :

BBB Chirurgicaux :

BBB Gynécologique (si sexe féminin) :

**SSS Antécédents familiaux**

BBB Héréditaires :

BBB Allergiques :

**SSS Grossesse et allaitement :**

**SSS Antécédents toxiques :**

**AAA 2.Motif de la consultation**

**AAA 3.Diagnostic**

**SSS Histoire de la maladie :**

**SSS Examen clinique:**

**SSS Examens complémentaires :**

**AAA 4.Motif d’hospitalisation**

**YYY B. Questionnaire sur l’historique médicamenteux du malade :**

Age :

Sexe :

Poids :

Taille :

Conduite automobile : CCC

Habitudes Alimentaire :

Handicap physique ou autre (cécité, analphabète…) :

**AAA 1.Médicaments prescrits avant hospitalisation et encore utilisés actuellement**

TTT1 ++++

**AAA 2.Automédication**

TTT1 ++++

**AAA 3.Allergie**

Etes-vous allergique à certains médicaments ou autres produits (Exemple : pénicillines, sulfamides, anesthésiques locaux, colorants, additifs alimentaires, autre allergie…)

CCC

BBB si oui , lesquels ?

BBB Comment se manifeste cette allergie ? (réaction cutanée, difficulté à respirer, œdème…)

BBB y’a-t-il d’autres personnes allergique dans votre famille ? si oui lesquelles ?

**AAA 4.Autres effets indésirables**

En prenant votre médicament avez-vouz ressenti des effets déplaisants ?

CCC

Si oui, lesquels ?

TTT2 ++++

Etiez-vous sensibilisé et informé sur les précautions à prendre par rapport aux médicaments que vous consommez ?

CCC

…

**AAA 5.Habitudes de consommation du médicament**

Ça vous arrive de ne pas prendre vos médicaments ?

CCC

Si oui, avec quelle fréquence ?

-Par jour FFF

-Par semaine FFF

-Par mois FFF

Pourquoi ?

-Oubli FFF

-Effets indésirables FFF

-Inefficacité FFF

-Coût élevé FFF

-Autres raisons :

**YYY C. Habitudes alimentaires :**

Suivez-vous actuellement un régime alimentaire spécifique ?

CCC

Si oui, lequel ?

TTT3 ++++

Prenez-vous des excitants et à quelle quantité par jour ?

Thé : FFF Quantité :

Café : FFF Quantité :

Autre : FFF Quantité :

Est-ce que vous fumez ?

Oui FFF Non FFF

Si oui, qu’est-ce que vous fumez ?

Cigarettes : FFF

Chicha : FFF

Cannabis : FFF

Autre : FFF

Combien vous fumez par jour et à quelle fréquence ?

**MMM Commentaires et remarques du stagiaire**

**2- Motif de consultation/hospitalisation :**

**AAA 1.Renseignements sur le patient**

Sexe :

Age :

Poids :

Taille :

IMC (Indice de Masse Corporelle) :

Surface corporelle :

**AAA 2.Médicaments prescrits**

TTT4 ++++

**AAA 3.Historique médicamenteux**

Prendre l’habitude de vérifier si le patient utilise d’autres médicaments ou l’automédication pouvant interférer avec le traitement prescrit (voir questionnaire sur l’historique des médicaments).

**AAA 4.Identifier le contexte pathologique du patient et la démarche thérapeutique**

**AAA 5.Identifier les médicaments à marge thérapeutique étroite (MMTE)**

**AAA 6.Vérifier le respect des posologies et proposer une adaptation si nécessaire**

TTT5 +++

**AAA 7.Vérifier le respect des contre-indications**

**AAA 8.Détecter les interactions potentielles et essayer de les gérer (médicament / médicament ou médicament / aliment)**

**AAA 9.Identifier les effets indésirables chez le patient**

Est-ce que vous avez rempli la fiche CNPV de déclaration des effets indésirables ?

CCC

**AAA 10.Bilan biologique**

Interpréter les résultats des paramètres biologiques du patient et assurer un suivi des paramètres biologiques pouvant être modifiés par le traitement prescrit (exemple : traitement par AVK, suivi de l’INR ; suivi de la fonction rénale pour un médicament nephro-toxique …)

**AAA 11.Etablir un plan de prise pour les médicaments prescrits**

TTT6 ++++

**AAA 12.Déterminer les précautions à prendre et les conseils à donner au malade ou à l’infirmier (e) pour optimiser le traitement**

TTT7 ++++

**AAA 13. Conseils aux patients pour une bonne observance**

**3- Antécédents :**

TTT8 ++++

**YYY Produits :**

TTT9 ++++

TTT10 ++++

TTT11 ++++

N.B. Pensez à remplir la fiche de déclaration du centre national de pharmacovigilance et la faire valider par le médecin traitant.

**4- Examens :**

**YYY 1. Reconnaissance du DM :**

TTT12 ++++

**YYY 2. Classification du DM :**

TTT13 ++++

**YYY 3. Indications :**

Détailler les objectifs thérapeutiques ou diagnostic et les précautions à prendre :

**YYY 4. Spécialité de l’utilisateur :**

**YYY 5. Délivrance du DM (nominative ou globale):**

**5- Diagnostics :**

Date d’envoi du signalement :

**YYY L’incident ou le risque d’incident**

TTT14 ++++

TTT15 ++++

TTT16 ++++

**the\_end**