**Outil 8 Exemple plan de prise PAAM**

Je me suis engagé à :

❒ J’ai lu et compris la notice d’information destinée aux patients intitulée « Patient en auto-administration de ses médicaments »

❒ Je confirme ma participation

❒ J’administrerai moi-même le(s) médicament(s) sélectionné(s) de commun accord avec le médecin soit « accompagné » ou « seul » **(à retirer en fonction du niveau)**

❒ Je conserverai les médicaments selon les consignes qui me sont données par le service

❒ Mes compétences sont réévaluées de manière régulière, afin de déterminer mon maintien ou pas dans ce dispositif

❒ À tout moment de mon séjour, je peux me rétracter

**Je coche mon niveau PAAM**

**(supprimer le niveau non attribué)**

**:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau 1 ❒**  **Je fais AVEC** | Je prépare les médicaments prescrits  Oui **❒**  **Non ❒** | J’en assure la prise  Oui **🗹** | Je trace la prise  **Non 🗹** | Je surveille les effets des médicaments  **Non 🗹** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau 2 ❒**  **Je fais SEUL** | Je prépare les médicaments prescrits  Oui **🗹** | J’en assure la prise  Oui **🗹** | Je trace la prise  Oui **🗹** | Je surveille les effets des médicaments  Oui **🗹** |

**REMPLIR ET COMPRENDRE MON PLAN DE PRISE PAAM**

Un pharmacien (ou tout autre professionnel de santé) va vous aider à remplir votre plan de prise

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MÉDICAMENT(S)** | **POURQUOI** | **Quantité et fréquence** | **QUAND** | | | | **Début/fin** | **COMMENT** | **Commentaires** |
| **Nom du médicament (DCI) Forme** | **Raison de la prise du médicament** | **Indications relatives à la fréquence** | **le matin** | **à midi** | **le soir** | **avant le** | **Préciser la date** | **Explication**  **Conseils pour la prise** | **Remarques**  **conservation** |
| Me précise | | | | | | | | | |
| - le nom du médicament  - sa présentation (comprimé, gélule etc.)  - quand c’est un générique, la correspondance avec celui que je prends habituellement | -à quoi sert le médicament | - la quantité à chaque prise combien de prises par jour  - quand je peux prendre un médicament « si besoin » | A quel(s) moment(s) de la journée je dois prendre les médicaments | | | | Me donne des indications sur quand démarrer puis arrêter | - indications sur le meilleur moment de la prise : avant, pendant le repas  - des conseils de prise (avec compote, yaourt, pas de pamplemousse, etc.) | Les bonnes pratiques de conservation, les points de vigilance |

**Je suis :**

Nom, prénom :

Date de naissance : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En cas de besoin, je peux contacter (nom, prénom, fonction) :**

**Mon plan de prise PAAM**

Étiquette patient

**Début du PAAM :**

**coucher**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Quel(s) médicament(s)/dose et forme** | **POURQUOI** | | **QUANTITÉ ET FRÉQUENCE** | | **QUAND** | | | | | | | **Date de début/fin** | | **COMMENT** | | **Commentaires, questions** |
| **Nom du médicament (DCI) Forme** | **Raison de la prise du médicament** | | **Indications relatives à la fréquence** | | **le matin** | **à midi** | | **le soir** | | **Au coucher** | **Autre :** |  | | **Explication**  **Conseils pour la prise** | | **Remarques**  **conservation** |
| **Exemple** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Metformine 500 mg comprimé  (GLUCOPHAGE) | Diabète | | 1 cp matin et soir | | 1cp |  | | 1cp | |  |  | D : 1er janvier 2021  F : pas de date de fin | | Prise au milieu ou fin de repas pour limiter les effets indésirables (nausées, diarrhées)  Ne pas prendre d’ibuprofène (antidouleur) en automédication | |  |
| Traçabilité de la prise (mettre une croix pour confirmer la prise) | | | | | 🗶 |  | | 🗶 | |  |  | Remarques/questions éventuelles : est-ce que je peux écraser le comprimé ? | | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: | |  | |  |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: | |  | |  |
| **Médicaments si besoin PAAM** | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F**: |  | |  | |
| Traçabilité de la prise (mettre une croix pour confirmer la prise) | | | | |  |  | |  | |  |  | Remarques/questions éventuelles : | | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | **D : F** : |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vérification/Validation IDE** |  |  |  |  |  |  |  |  |