**Outil 1** **Support d’information et engagement du patient PAAM proposé par un établissement**

**L’essentiel**

|  |
| --- |
| **Le principe du PAAM :**  Donne la possibilité de prendre vos médicaments prescrits durant votre séjour à l’hôpital, y compris votre traitement à domicile (pour tout patient)  **Les objectifs du PAAM :**  Améliorer la compréhension et la régularité de la prise des médicaments afin d’éviter les risques d’erreur lors de votre sortie |

|  |
| --- |
| **À lire attentivement et à apporter le jour de votre admission** |

**Le PAAM, qu’est-ce que ça change pendant mon séjour hospitalier ?**

* Lors de la consultation, le médecin **évaluera** **votre état clinique, vos facteurs de risques**
* **Vos compétences et vos habitudes de gestion de votre traitement à domicile seront évaluées à l’aide d’un questionnaire ou lors d’un entretien**
* Si vous êtes à l’aise dans la gestion de votre traitement médicamenteux**, vous pourrez vous auto-administrer les médicaments** prescrits pendant votre hospitalisation, selon certaines conditions

**Comment gérez-vous vos traitements pendant votre séjour ?**

* + Le 1er jour : l’infirmière vous remet **votre traitement pour 24 h** avec le plan de prise des médicaments au cours d’un entretien. À cette occasion, elle teste avec vous vos compétences, pour confirmer votre participation PAAM telle que définie lors de l’évaluation initiale
  + À la fin de la journée, l’infirmière fait le point avec vous et vous remet **votre traitement pour 3 jours, en fonction des médicaments que vous avez**
  + Le 3e jour, un point est réalisé avec vous. Si tout va bien et si c’est possible, votre traitement vous est remis pour **une semaine**
  + **Ces médicaments sont stockés dans votre chambre** (casier à clé dans votre placard fermé à clé), **sous votre responsabilité**
  + C’est vous qui gérez les médicaments à partir du support mis à votre disposition
  + **Vous vous engagez à signaler toute difficulté** (ouvrir l’emballage, avaler le médicament, etc.) ou ressenti des effets secondaires (allergies, nausées…)
  + En cas de changement de médicament, **un nouveau plan de prise vous est remis avec la mise à jour des médicaments** : on vous demande d’en prendre connaissance et de poser toutes les questions que vous vous posez

**Comment l’équipe soignante vous suit-elle ?**

* **Le médecin ou le pharmacien s’engage à vous informer sur les médicaments prescrits, leurs effets et les règles de prise des médicaments** **(respect des horaires, des conditions [ex. : prise de la tension artérielle avant la prise…])**
* **Les professionnels de santé prennent le temps de répondre à vos questions**
* **L’auto-administration est suivie par l’infirmière sur le dossier de soins en contrôlant une fois par jour le remplissage du plan de prises**

**Vous pouvez signaler les effets indésirables à l’équipe soignante**

Merci de noter vos réactions éventuelles lors de la prise du traitement :

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Accompagnement éducatif : n’hésitez pas à poser vos questions sur vos traitements :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Vous vous engagez à auto-administrer tout ou partie des médicaments qui vous sont prescrits pendant votre séjour**  Étiquette patient  Nom et prénom du patient : ………………………………………………………………………………….  Date de naissance : ……../……./……..  **þ Je souhaite gérer moi-même la prise des médicaments** délivrés selon la prescription médicale, pendant mon séjour à ………………………….. du ………………… au …………………  **þ J’ai répondu aux différents questionnaires**  **þ L’équipe médicale accepte la décision d’auto-administration des médicaments. Toutes les explications sur les médicaments prescrits (raison du traitement, plan de posologie et effets indésirables) m’ont été données :**  **oui m non m**  **Je m’engage à respecter les bonnes pratiques :**  Je sais pourquoi je prends mes médicaments  Je sais m’adapter à un changement de nom ou d’apparence (couleur, forme) d’un générique  Je sais que je ne dois pas prendre d’autres médicaments que ceux prescrits par le médecin  Je respecte les heures de prise, les doses et la durée du traitement prescrit  Je sais ouvrir les emballages des médicaments ou je demande une aide en cas de difficultés  Je sécurise mes médicaments dans la chambre (armoire fermée à clé, pas de médicaments hors de l’armoire en dehors des prises)  Je signale à l’infirmière, lors de son passage, les médicaments non pris ou oubliés, et toute autre difficulté (ouvrir l’emballage, avaler le médicament, problème de stockage)  J’alerte l’infirmière en cas de réactions éventuelles lors de la prise du traitement (nausées, vertiges, bouffées de chaleur, allergies…)  J’ose poser des questions au médecin en cas de doute ou d’interrogations  **À tout moment, et en fonction de mon état, cet accord peut prendre fin :**  À ma demande après en avoir parlé avec l’équipe soignante  À l’initiative de l’équipe à la suite des réévaluations sur la gestion des médicaments  Fait à :  Date :  Signature du patient : Signature du médecin |