

**ELIGIBILITE DU PATIENT  
A L'AUTO ADMINISTRATION  
DE SES MEDICAMENTS (PAAM)  
(Mode dégradé)**

Etiquette patient

**Patient avec traitement médicamenteux : Oui  Non  Présence d'un aidant\* : Oui  Non**

**Demande d'HAD** venant d'un autre établissement : Oui  Non\*  (\*Non si patient vient du domicile)

Patient hospitalisé dans un autre établissement depuis plus d'1 mois Oui  Non

	<b>Nom de l'évaluateur :</b>		<b>Date :</b>	
	<b>En préadmission à l'EMS <input type="checkbox"/> A l'admission/en visite de suivi <input type="checkbox"/></b> <b>En réunion pluriprofessionnelle si modification de l'état du patient <input type="checkbox"/></b>			
Identité de l'aidant *A compléter si aidant	Nom :	Prénom :		
	Lien avec le patient :			
Prérequis	Gestion antérieure/ actuelle des médicaments par le patient	NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Gestion antérieure/ actuelle des médicaments avec l'appui d'un aidant	NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Souhait du patient/ de l'aidant à continuer à gérer les médicaments	NA <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
Facteurs de risque Patient/aidant	Patient âgé (≥ 65 ans polypathologique ou ≥75 ans)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Patient en sevrage (médicamenteux ou post-cure addictologie)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Patient dépressif, antécédent de tentative de suicide...		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Troubles neuro psychiatriques		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Troubles de la mémoire (Alzheimer, dégénérescence sénile...)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Troubles de la vigilance (sommolence, confusion...)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Troubles visuels		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Facteurs de risque environnementaux	Troubles de la déglutition		Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Risques liés aux conditions d'hygiène/ de sécurité du stockage des médicaments		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Risques liés au domicile (présence d'enfants, animaux...)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Complexité du traitement	Introduction de nouveaux médicaments pendant le séjour hospitalier		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Le traitement comprend des médicaments à risque (AVK, anticancéreux oraux, KCl injectable à diluer, médicaments stupéfiants injectables )		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Le traitement comprend des médicaments avec plus de 3 prises/jour		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Evaluation des compétences	Le traitement comprend plus de 5 médicaments		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	1. Connait ses médicaments (par leur nom, par leur apparence)		Oui= 1	Non= 0
	2. Sait indiquer leur posologie (ex : nb de cps) et à quel moment les prendre		Oui= 1	Non= 0
	3. Sait dire pourquoi il prend ce médicament		Oui= 1	Non= 0
	4. Peut lire l'ordonnance		Oui= 1	Non= 0
	5. Manipule les médicaments sans problème (ex déblisterer, ouvrir l'emballage...)		Oui= 1	Non= 0
Evaluation de l'adhésion	6. A la faculté de s'exprimer pour comprendre et se faire comprendre		Oui= 1	Non= 0
	7. Vous arrive-t-il d'oublier certains jours de prendre votre traitement ?		Oui= 0	Non= 1
	8. Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ?		Oui= 0	Non= 1
	9. Vous arrive-t-il de ne pas respecter les heures de prise ?		Oui= 0	Non= 1
	10. Vous arrive-t-il de ne pas prendre tous vos médicaments ?		Oui= 0	Non= 1
	11. Vous arrive-t-il de ne pas avoir envie de prendre votre traitement ?		Oui= 0	Non= 1
	12. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		Oui= 0	Non= 1
<b>Score obtenu</b>	<b>Niveau 0 <input type="checkbox"/> Score de 0 à 4 Patient non-autonome</b>	<b>Niveau 1 <input type="checkbox"/> Score de 5 à 8 Patient aidé par l'IDEL</b>	<b>Niveau 2 <input type="checkbox"/> Score de 9 à 12 Patient autonome</b>	
<b>Décision médicale</b>	<b>Pour l'ensemble des médicaments</b>	<b>Pour les médicaments prescrits dans le PAAM</b>	<b>Pour les médicaments prescrits dans le PAAM</b>	
Préparation	IDEL	Patient/aidant aidé de l'IDEL	Patient/aidant	
Administration	IDEL	Patient/aidant aidé de l'IDEL	Patient/aidant	
Traçabilité	IDEL	IDEL	Patient/aidant	
Surveillance	Patient/aidant et IDEL	Patient/aidant et IDEL	Patient/aidant et IDEL	
Médicaments pris en auto-administration				
Modalités de stockage	Boîte HAD <input type="checkbox"/>	Malette sécurisée <input type="checkbox"/>	Réfrigérateur <input type="checkbox"/>	
<b>Validation</b>	Date :	Nom du médecin praticien :		