

# **CHECK-LIST CONCILIATION**

**Date :** \_\_\_\_\_ **N° inclusion :** \_\_\_\_\_ **Agent :** \_\_\_\_\_

## **Avant l'entretien avec le patient**

- ☐ Consulter le médecin hospitalier avant de s'entretenir avec le patient :
  - ☐ Pour faire un premier bilan sur l'état clinique du patient.
  - ☐ Pour connaître les points à investiguer.
- ☐ Consulter l'infirmier avant de s'entretenir avec le patient :
  - ☐ Pour vérifier la disponibilité du patient (absence de soin infirmier en cours).
  - ☐ Pour vérifier si le patient est interrogeable.
  - ☐ Pour vérifier que le patient n'est pas dément.
  - ☐ Pour vérifier si les médicaments personnels ont déjà été récupérés.

## **Pendant l'entretien avec le patient**

- ☐ Demander au patient de décliner son identité
- ☐ Mettre en confiance
- ☐ Se présenter
- ☐ Donner les objectifs de l'entretien
- ☐ Préciser la durée de l'entretien
- ☐ Demander les coordonnées du pharmacien d'officine
- ☐ Recueillir la liste des médicaments et posologies réellement pris
- ☐ Demander s'il existe une automédication
- ☐ Donner des conseils de bon usage si besoin
- ☐ Investiguer l'adhésion thérapeutique (MMAS-4)
- ☐ Poser des questions ouvertes en fin d'entretien
- ☐ Faire une synthèse
- ☐ Faire reformuler les conseils de bon usage en fin d'entretien

- ☐ Répondre aux éventuelles questions sur la prise en charge médicamenteuse
- ☐ Remercier et conclure

## **Entretien avec le pharmacien d'officine**

- ☐ Appeler le pharmacien d'officine :
  - ☐ Pour vérifier les prescriptions médicamenteuses en cours.
  - ☐ Pour vérifier une modification récente du traitement médicamenteux chronique.
  - ☐ Pour vérifier l'existence d'une éventuelle antibiothérapie récente (3 derniers mois).
  - ☐ Pour vérifier l'existence d'une éventuelle automédication.

## **Recueil de données par d'autres sources**

- |                                                 |                                               |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dossier médical        | <input type="checkbox"/> Ordonnances de ville |
| <input type="checkbox"/> Traitement personnel   | <input type="checkbox"/> Infirmier à domicile |
| <input type="checkbox"/> Tierce personne        | <input type="checkbox"/> Médecin traitant     |
| <input type="checkbox"/> Dossier pharmaceutique | <input type="checkbox"/> Autre : _____        |

## **Commentaires**