



Réseau d'Enseignement et  
d'Innovation pour la  
Pharmacie d'Officine

## BILAN PARTAGE DE MEDICATION EN EHPAD

### Informations générales relatives au résident et à l'établissement d'accueil

<b>Nom :</b> <b>Prénom :</b>	<b>Né(e) le :</b>	<b>Age :.....</b>	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
<b>En hébergement :</b> <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire			
<b>Unités spécifiques :</b> <input type="checkbox"/> Secteur protégé <input type="checkbox"/> Unité Alzheimer <input type="checkbox"/> Unité d'hébergement renforcé			
Le patient est identifié comme relevant d'une prise en charge palliative ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
<b>Allergies médicamenteuses :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sait pas			
Si oui, précisez : .....			
.....			

### Contexte de la réalisation du BPM

**Accord du résident ou de son représentant légal pour que le pharmacien référent réalise un bilan partagé de médication (BPM) avec l'équipe soignante :**  Oui  Non

**Date de réalisation du BPM :** ...../...../.....

**Contexte du BPM :**  Bilan initial d'entrée en EHPAD (date d'entrée : ...../...../.....)  
 Réévaluation annuelle  
 Hospitalisation récente au cours des 3 derniers mois .....  
 Iatrogénie médicamenteuse : confusion, chute, agitation, somnolence...  
 Initiation de nouveaux traitements

### Professionnels de santé

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) + fréquence des suivis :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Synthèse de l'évaluation gériatrique standardisée**  
à compléter avec l'équipe soignante

**Domaine physique**

Mobilité réduite	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> Alitement	
Aide à la marche	<input type="checkbox"/> Déambulateur	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Canne
- Si oui, dispositif adapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Chute au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Nb de chute(s) : .....
Risque de chute identifié	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Chaussures adaptées	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Activité physique régulière (participation atelier ?)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez : .....

**Domaine nutritionnel**

Poids (kg) .....	Taille (m) .....	IMC (kg/m <sup>2</sup> ).....	Score MNA ...../30
Perte de poids (+ de 5% dans le dernier mois ou 10% au cours des 6 derniers mois)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Risque de dénutrition identifié	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Régime	<input type="checkbox"/> Enrichi	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
CNO en cours	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Précisez lesquels : .....
Texture	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Mouliné	<input type="checkbox"/> Mixé
Troubles de la déglutition	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si applicable, appareil dentaire adapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Consommation (si oui, cochez)	<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Tabac	

**Domaine cognitif**

Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/> Oui (Score MMSE ...../30)	<input type="checkbox"/> Non
Symptômes psycho-comportementaux associés aux démences	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

**Domaine thymique**

Troubles de l'humeur et du comportement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Plainte du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

**Domaine sensoriel (vision – audition)**

Equipé d'un appareil visuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, appareil adapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Equipé d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui, appareil adapté	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

**Informations complémentaires :**

Douleur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Escarre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Patient à risque
Si oui/si patient à risque, présence d'un matelas à air ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Incontinence urinaire / fécale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si incontinence, protection adaptée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Constipation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Diarrhée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

## Constantes

Tension artérielle (mmHg) : .....PAS/ .....PAD      Date du dernier contrôle : ..../..../.....  
 Fréquence cardiaque (bpm) : .....      Date du dernier contrôle : ..../..../.....

Hypotension orthostatique (*recherche d'hypotension orthostatique tous les 6 mois si prescription d'antihypertenseur*) :     Oui                       Non                       Ne sait pas

## Antécédents et comorbidités

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## Vaccinations

<b>Grippe</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les <b>ans</b> durant la campagne
<b>Tétanos</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	Tous les <b>10 ans</b> à partir de 65 ans
<b>Pneumocoque</b> Si diabète non équilibré par régime seul, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, BPCO, immunodépression etc. cf. <u>calendrier vaccinal</u>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<u>Non vaccinés antérieurement :</u> VPC13 puis VPP23 (>S8) <u>Vaccinés antérieurement :</u> - Avec la séquence VPC13-VPP23 : VPP23 avec un délai d'au moins 5 ans après le dernier VPP23 - Vaccinés depuis plus de 1 an avec le VPP23 : VPC13. Revaccination par VPP 23 avec un délai d'au moins <b>5 ans</b> après le dernier VPP23
<b>Zona</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	En prévention du zona et des douleurs post-zostériennes des personnes âgées de 65 à 74 ans révolus selon un schéma à une dose. (Remb séc soc 30%)
<b>Covid (SARS-CoV-2)</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas	<a href="#">Voir guide du ministère des solidarités et de la santé (dec 20).</a>

## Traitements médicamenteux

**Critère d'alerte et de maîtrise de l'iatrogénie de la HAS** (identification des redondances pharmacologiques pouvant être à l'origine d'iatrogénie médicamenteuse) :

Co-prescription :

- de 3 psychotropes ou plus
- de 2 diurétiques ou plus
- de 4 antihypertenseurs ou plus

Confirmation de la prescription :

- si neuroleptique chez le malade Alzheimer
- si benzodiazépine à demi vie longue

### Préparation et prise des traitements :

La forme galénique des médicaments est-elle adaptée ?  Oui  Non

- Si non, précisez l'alternative galénique à proposer : .....
- .....
- .....

Y a-t-il un écrasement des médicaments ou ouverture des gélules (*si oui vérifier que c'est possible grâce à la [liste de la SFPC](#) et le reporter dans le tableau d'analyse*) :  Oui  Non

- Si oui, utilisation d'un broyeur de comprimé ?  Oui  Non
- Si oui, administration dans  Eau  Compote  Autres : .....

### Tolérance et adhésion médicamenteuse :

Pensez-vous que le résident a déjà présenté des effets indésirables suite à la prise de médicaments ?

- Oui  Non
- Si oui, précisez : .....

Le patient refuse-t-il de prendre ses traitements ?  Oui  Non

- Si oui, précisez : .....

## Processus d'identification des interventions pharmaceutiques

<b>Contexte :</b>		<b>Domaines altérés :</b>		<b>Objectifs thérapeutiques (si applicable):</b>			
Sexe :	Age :	<input type="checkbox"/> Physique <input type="checkbox"/> Cognitif <input type="checkbox"/> Thymique <input type="checkbox"/> Nutritionnel <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Audition		- TA : ..... - HbA1c : .....			
<b>A RELIER</b>			<b>Analyse niveau 3</b>				
<b>Antécédents et comorbidités</b>	<b>Médicaments prescrits en DCI</b>	<b>Ecrasement cp / ouverture gélules</b>		<b>Entretien</b>	<b>Biologie</b>	<b>Recommandations</b>	<b>Interventions identifiées à prioriser</b>
	<i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé</i>	Cochez si oui	Cochez si possible selon <a href="#">liste de la SFPC</a>	<i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	<i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	<i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	

Antécédents et comorbidités	Médicaments prescrits en DCI  <i>Penser à identifier les Médicament(s) Potentiellement Inapproprié(s) chez le sujet âgé</i>	Ecrasement cp / ouverture gélules		Entretien  <i>Tolérance ? Observance ? Constantes ?</i>	Biologie  <i>Le suivi biologique de chaque médicament est-il optimal ?</i>	Recommandations  <i>RCP, HAS, sociétés savantes</i>	Interventions identifiées
		Cochez si oui	Cochez si possible selon <a href="#">liste de la SFPC</a>				

Nombre de DCI : .....Alerte hyperpolymédication (>10DCI)     Oui    Non    Alerte médicament à marge thérapeutique étroite    Oui    Non

## Plan Pharmaceutique Personnalisé à transmettre aux prescripteurs

1. *Hierarchiser et prioriser les IP*
2. *Recontextualiser l'intervention en partant des éléments recueillis grâce à l'entretien*
3. *Argumenter avec les justifications scientifiques adéquates.*

Médicaments concernés / point d'intérêt	Propositions		<u>Argumentaire</u> <i>(si possible, il faut partir en priorité d'un argument de la colonne tolérance/commentaires équipe soignante, puis biologie et enfin recommandations)</i>
	<u>Pour le MT</u>	<u>Pour l'équipe soignante</u>	
1			
2			
3			
4			
5			

**Conclusion avec l'équipe soignante :**

Réévaluation à 1 an

Consultation(s) médicale(s) à programmer

Autres : .....