

# Gestion interdisciplinaire

Rédaction : Phn Dr S. Patris et Dr M. De Schuiteneer

Révision et validation : Prof. Phn Dr A. Spinewine, Dr T. Pepersack,  
Dr G. Beuken et Phn Ch. Elsen



## Table des matières

1.	Résumé de recommandations du dossier “Approche pharmacothérapeutique” .....	3
2.	Présentation des résultats de l’enquête .....	4
3.	Synthèse des outils disponibles pour la gestion de la polymédication du patient âgé.....	4
3.1.	Les listes explicites.....	4
A.	STOPP/START.....	4
B.	GheOP <sup>3</sup> S (Ghent Older People’s Prescriptions community Pharmacy Screening).....	4
3.2.	Logiciel et site internet.....	5
A.	DelphiCare .....	5
B.	Farmaka .....	5
4.	Objectifs d’amélioration de la qualité .....	5
5.	Outils standardisés de communication .....	6
5.1.	Formulaires de contact.....	6
5.2.	Formulaires de demande de concertation .....	19
5.3.	Outils de communications standardisés .....	23
	Carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelles .....	23
	Formulaire de coordination interdisciplinaire: .....	37
6.	Indicateurs de qualité.....	39

## 1. Résumé de recommandations du dossier “Approche pharmacothérapeutique”

La polymédication, prise quotidienne de 5 médicaments, est un phénomène courant chez les personnes âgées. Une prise simultanée d'un grand nombre de médicament peut conduire à des problèmes potentiellement liés à ces médicaments en raison d'un risque accru d'interactions médicamenteuses, d'erreurs, de contre-indications, d'effets additifs mais aussi d'un manque d'observance thérapeutique. La personne âgée étant un patient particulièrement vulnérable en raison du vieillissement physiologique et pathologique, il convient d'être particulièrement attentif à sa médication et d'autant plus en cas de polymédication. Un passage en revue systématique de la médication des patients âgés devrait être réalisé régulièrement afin de prévenir l'apparition de problèmes potentiellement liés aux médicaments. Par sa position centrale dans la dispensation des médicaments, le pharmacien d'officine peut réaliser cette revue de la médication en concertation avec le médecin traitant. De nombreux outils (logiciels, formulaires, listes de critères) existent pour faciliter la prise en charge de la polymédication chez le patient âgé.

## 2. Présentation des résultats de l'enquête

Voir document enquête

## 3. Synthèse des outils disponibles pour la gestion de la polymédication du patient âgé

### 3.1. Les listes explicites

- Développées à partir de revues de la littérature, d'avis d'experts, de consensus
- Les listes de médicaments, de classes, de posologies connus pour causer des effets nocifs (médicament / maladie spécifique)

#### A. STOPP/START

But : repérer des prescriptions inappropriées et/ou sub-optimales chez le patient âgé (2008 mise à jour en 2015).

En minimisant les risques d'effets indésirables → stopper les médicaments avec bénéfice-risque défavorable (sur-médication) → STOPP

- ➔ Liste critères de prescription potentiellement inappropriée chez le patient âgé (avec explications). Regroupés par médicament

En traitant aussi bien le patient âgé qu'un adulte plus jeune → commencer un traitement avec bénéfice-risque favorable (sous-médication) → START

- ➔ Liste d'indicateurs, basés sur l'évidence clinique actuelle, de prescription pour des pathologies couramment rencontrées chez le patient âgé. Regroupés par système

#### B. GheOP<sup>3</sup>S (Ghent Older People's Prescriptions community Pharmacy Screening)

Développé par l'Université de Gand, adapté aux pharmacies d'officine belges, il intègre les listes Beers et STOPP/START et énumère des critères explicites potentiellement problématiques pour le patient âgé.

##### 5 rubriques

- **Rubrique 1** : Médication potentiellement inadéquate pour les patients âgés, indépendamment des diagnostics sous-jacents (= surutilisation & utilisation incorrecte)
- **Rubrique 2** : Médication potentiellement inadéquate pour les patients âgés, en fonction des diagnostics sous-jacents (= contre-indications)
- **Rubrique 3** : Sous-prescriptions potentielles chez les patients âgés
- **Rubrique 4** : Interactions médicamenteuses spécifiquement pertinentes pour les patients âgés
- **Rubrique 5** : Eléments généraux liés aux soins pharmaceutiques pour les patients âgés

### 3.2. Logiciel et site internet

#### A. DelphiCare

Outil informatisé, développé par l'APB, il reprend des Informations scientifiques sur les spécialités belges, les interactions médicamenteuses et signale les contre-indications en fonction du profil du patient (pathologies et/ou états physiologiques).

Mais, il ne tient pas compte de l'âge du patient (non spécifique de la personne âgée), ne signale pas les omissions de prescription ni les doublons et sur-prescriptions

#### B. Farmaka

Site internet considéré comme un outil de référence pour la prescription de médicaments chez les personnes âgées, il reprend des critères rigoureusement scientifiques (EBM) et donne une sélection de médicaments en fonction de la pathologie → prescription rationnelle. Les choix de médications sont basés également sur des critères économiques et une prise en charge thérapeutiques non médicamenteuses est renseignée.

Mais, Seules les pathologies courantes sont reprises dans les indications.

## 4. Objectifs d'amélioration de la qualité

### Deux objectifs à la CMP :

- Mise en place d'un processus : faciliter la concertation entre médecins et pharmaciens et formation aux outils
- Promotion de la qualité : gestion de la polymédication du patient âgé

## 5. Outils standardisés de communication

### 5.1. Formulaires de contact

## **FORMULAIRE DE CONTACT**

### **Médecin - Pharmacien**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre les médecins généralistes d'un cabinet médical et les pharmaciens d'une officine ouverte au public.

*A compléter par le médecin et à faire parvenir à l'officine.*

Section interdisciplinaire

**Cher Pharmacien,**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge, je désire prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

.....

Concernant :

- ☐ Modification de traitements/posologies
- ☐ Manque d'observance
- ☐ Constations d'effets indésirables
- ☐ Trajet de soins
- ☐ Dépendance et abus
- ☐ Autre(s) : .....

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Cabinet médical : .....

Médecin(s) : .....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Disponibilité (Heures et Jours) : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le pharmacien et à retourner au cabinet médical*

**Cher Docteur,**

Nous vous remercions pour votre initiative et sommes intéressé(e)s par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, nous serions intéressé(e) s d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Nous sommes disponibles selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

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

Officine : .....

Pharmacien(s) : .....

.....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.



## **FORMULAIRE DE CONTACT**

### **Pharmacien-Médecin**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre les médecins généralistes d'un cabinet médical et les pharmaciens d'une officine ouverte au public.

*A compléter par le pharmacien et à faire parvenir au médecin/cabinet médical*

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge individuelle, je désire prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

Concernant :

- ☐ Sur-prescription
- ☐ Sous-prescription
- ☐ Interactions médicamenteuses
- ☐ Modification de traitements/posologies
- ☐ Manque d'observance
- ☐ Constations d'effets indésirables
- ☐ Trajet de soins
- ☐ Dépendance et abus
- ☐ Autre(s) : .....

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Officine : .....  
Pharmacien(s) : .....  
.....  
Tél/GSM : .....  
E-mail : .....  
Adresse : .....  
Disponibilité (Heures et Jours) : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le médecin et à retourner aux pharmaciens*

**Cher Pharmacien,**

Je vous remercie pour votre initiative et suis intéressé(e) par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, je serais intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Je suis disponible selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu,...) :

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

Cabinet médical : .....  
Médecin(s).....

Tél/GSM : .....  
E-mail : .....  
Adresse : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

## **FORMULAIRE DE CONTACT** **Médecin-Infirmier(ère)**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre les médecins généralistes d'un cabinet médical et un(e) infirmier(ère).

Gestion interdisciplinaire

*A compléter par le médecin et à faire parvenir à l'infirmier(ère)*

**Cher(ère) Infirmier(ère),**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge individuelle, je désire prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

.....

Concernant :

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

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Nom Prénom Médecin (cabinet médical):.....

Tél/GSM :.....

E-mail :.....

Adresse :.....

Disponibilité (Heures et Jours) :.....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par l'infirmier(ère) et à retourner au médecin / cabinet médical*

**Cher Docteur,**

Je vous remercie pour votre initiative et suis intéressé(e) par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, je serais intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Je suis disponible selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

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

Nom Prénom Infirmier(ère) :.....

Tél/GSM :.....

E-mail :.....

Adresse :.....

Cachet

## **FORMULAIRE DE CONTACT** **Infirmier(ère)-Médecin**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre les médecins généralistes d'un cabinet médical et un(e) infirmier(ère).

Gestion interdisciplinaire

*A compléter par l'infirmier(ère) et à faire parvenir au médecin / cabinet médical*

**Cher Docteur,**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge individuelle, je désire prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

.....

Concernant :

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

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Nom Prénom Infirmier(ère) : .....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Disponibilité : .....

Cachet : .....

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le médecin et à retourner à l'infirmier(ère)*

**Cher(ère) Infirmier(ère)**

Je (nous) vous remercie (remercions) pour votre initiative et suis (sommes) intéressé(e) par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, je (nous) serais (serions) intéressé(s) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Je (nous) suis (sommes) disponible(s) selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

.....

Nom Prénom Médecin (ou cabinet médical) : .....

.....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

.....

Cachet : .....

.....

Au plaisir de travailler avec vous.

## **FORMULAIRE DE CONTACT**

### **Pharmacien – Infirmier(ère)**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre les pharmaciens d'une officine ouverte au public et un(e) infirmier(ère).

Gestion interdisciplinaire

*A compléter par le pharmacien et à faire parvenir à l'infirmier(ère)*

**Cher Infirmier(ère),**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge, nous désirons prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

Concernant :

Si vous êtes intéressé(e), merci de nous contacter ou de nous renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Au plaisir de travailler avec vous.

Officine : .....  
Pharmacien(s) : .....  
.....  
Tél/GSM : .....  
E-mail : .....  
Adresse : .....  
Disponibilité (Heures et Jours) : .....

Cachet

*A compléter par l'infirmier(ère) et à retourner à la pharmacie ouverte au public*

**Cher Pharmacien,**

Je vous remercie pour votre initiative et suis intéressé(e) par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, je serais intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Je suis disponible selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

.....  
.....

Au plaisir de travailler avec vous.

Nom Prénom Infirmier(ère) : .....  
.....  
Tél/GSM : .....  
E-mail : .....  
Adresse : .....

Cachet



## **FORMULAIRE DE CONTACT**

### **Infirmier(ère) - Pharmacien**

Ce formulaire permet une première prise de contact entre un(e) infirmier(ère) et les pharmaciens d'une officine ouverte au public

Gestion interdisciplinaire

*A compléter par l'infirmier(ère) et à faire parvenir au pharmacien*

**Cher Pharmacien,**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge, je désire prendre contact avec vous soit par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Afin de discuter de thèmes qui pourraient améliorer la prise en charge du patient :

.....

Concernant :

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

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Nom Prénom Infirmier(ère):.....

.....

Tél/GSM :.....

E-mail : .....

Adresse : .....

Disponibilité (Heures et Jours) : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le pharmacien et à retourner à l'infirmier(ère)*

**Cher Infirmier(ère),**

Nous vous remercions pour votre initiative et suis intéressé(e) par votre proposition de prise de contact pour ce patient par :

- ☐ Téléphone
- ☐ Mail (attention pas de transfert de données privées et médicales concernant un patient par mail)
- ☐ Rendez-vous

Eventuellement, en plus de vos suggestions, nous serions intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Nous sommes disponibles selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

.....  
.....

Nom de l'officine.....

Pharmaciens : .....

.....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

## **Formulaire de demande de Concertation**

### **Exemplaire médecin**

Ce formulaire permet une prise de contact afin de débiter une concertation médico-pharmaceutique (CMP). Lors d'une CMP, les médecins et pharmaciens se réunissent pour discuter autour d'un thème.

Remplissez votre partie et transmettez le formulaire au pharmacien ou à l'officine avec lequel (laquelle) vous souhaitez amorcer une concertation.

*A compléter par le médecin et à faire parvenir au pharmacien*

### **Cher Pharmacien,**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge, je désire prendre contact avec les pharmaciens de l'officine, pour éventuellement débiter une concertation médico-pharmaceutique.

L'objectif serait de se réunir pour le traitement d'une problématique dans sa globalité en identifiant et en incorporant les relations entre les différents éléments mis en jeu.

#### **Je souhaiterais aborder lors de la CMP :**

- ☐ Présentation de cas concrets complexes suscitant plus d'attention  
Réflexion de groupe afin de trouver des pistes, solutions
  - ☐ Patients âgés polymédiqués
  - ☐ Patients atteints d'un cancer
  - ☐ Pédiatrie
  - ☐ Autre(s).....
- ☐ Réunion de discussions sur des thèmes préétablis proposés par l'INAMI (<https://www.INAMI.be>)
  - ☐ Thème choisi :.....
- ☐ Autre(s) :.....

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Nom-Prénom Médecin :.....  
 Tél/GSM :.....  
 E-mail :.....  
 Adresse :.....  
 Disponibilité (Heures et Jours) :.....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le pharmacien et à retourner au médecin*

### **Cher Docteur,**

Nous vous remercions pour votre initiative et sommes intéressés par votre proposition de débiter une concertation médico-pharmaceutique.

Eventuellement, en plus de vos suggestions, nous serions intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Nous sommes disponibles selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu, ...) :

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

Officine : .....  
 Pharmaciens : .....

Tél/GSM : .....  
 E-mail : .....  
 Adresse : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

## **Formulaire de demande de Concertation**

### **Exemplaire Pharmacien**

Ce formulaire permet une prise de contact afin de débiter une concertation médico-pharmaceutique (CMP). Lors d'une CMP, les médecins et pharmaciens se réunissent pour discuter autour d'un thème.

Remplissez votre partie et transmettez le formulaire au médecin (ou cabinet médical) avec lequel vous souhaitez amorcer une concertation.

*A compléter par le pharmacien et à faire parvenir au médecin*

**Cher Docteur,**

Nous avons des patients communs. Afin d'améliorer leur prise en charge, je désire prendre contact avec vous, pour éventuellement débiter une concertation médico-pharmaceutique.

L'objectif serait de se réunir pour le traitement d'une problématique dans sa globalité en identifiant et en incorporant les relations entre les différents éléments mis en jeu.

**Je souhaiterais aborder lors de la CMP:**

- ☐ Présentation de cas concrets complexes suscitant plus d'attention  
Réflexion de groupe afin de trouver des pistes, solutions
  - ☐ Patients âgés polymédiqués
  - ☐ Patients atteints d'un cancer
  - ☐ Pédiatrie
  - ☐ Autre(s).....
- ☐ Réunion de discussions sur des thèmes préétablis proposés par l'INAMI (<https://www.INAMI.be> ).
  - ☐ Thème choisi : .....
- ☐ Autre(s) : .....

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter ou de me renvoyer le document ci-joint complété par mail, FAX ou par la poste.

Officine : .....  
Pharmaciens : .....  
Tél/GSM : .....  
E-mail : .....  
Adresse : .....  
Disponibilité (Heures et Jours) : .....

Cachet

Au plaisir de travailler avec vous.

*A compléter par le médecin et à retourner au pharmacien*

**Cher Pharmacien,**

Je vous remercie pour votre initiative et suis intéressé(e) par votre proposition de débiter une concertation médico-pharmaceutique.

Eventuellement, en plus de vos suggestions, je serai intéressé(e) d'aborder le(s) sujet(s) suivant(s) :

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

Je suis disponible selon les modalités suivantes (disponibilité, lieu,...) :

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

Nom Prénom Médecin /cabinet médical : .....

Tél/GSM : .....

E-mail : .....

Adresse : .....

Cachet

### 5.3. Outils de communications standardisés

Carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelles

# Carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelles

## PREMIERE PARTIE : Identification

### IDENTITE DU PATIENT :

NOM et Prénom : .....

Adresse : ..... n° : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... / ..... GSM : .....

Mutualité : .....

### Coordonnées des personnes et services de références :

Médecin traitant / cabinet médical : .....

Tél : ..... / ..... Adresse : .....

Pharmacie habituelle : .....

Tél : ..... Adresse : .....

Infirmie(è)r(e) : .....

Tél : ..... Adresse : .....

Identité de l'entourage : ..... Lien de parenté : .....

Tél : ..... Adresse : .....

Identité de l'entourage : ..... Lien de parenté : .....

Tél : ..... Adresse : .....

Autres personnes :

NOM et prénom : ..... Fonction : .....

Tél : ..... Adresse : .....

NOM et prénom : ..... Fonction : .....

Tél : ..... Adresse : .....

REMARQUES IMPORTANTES :

Concernant le patient :

Age : ..... Sexe : .....

Allergies : .....

.....

Allergies médicamenteuses : .....

.....

Hospitalisations : .....

.....

.....

.....

.....

Atteintes pathologiques : .....

.....

.....

.....

.....

Remarques :

Date

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## DEUXIEME PARTIE : Thérapie et plan d'action

Mesures hygiéno-diététiques : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements médicamenteux :

Date	Prescripteur	Traitement médicamenteux	Formes et Posologies	Statut : Actuel, Terminé, à commencer (date de début et de fin)

[illegible]

**PENSER A NE PAS OUBLIER...**

Rendez-vous pris : .....

## **TROISIEME PARTIE : Communication interprofessionnelle**

Date	NOM-prénom Profession	Message	Adressé à...	Paraphe /Signature

Gestion interdisciplinaire


## QUATRIEME PARTIE : Cas d'urgences, d'hospitalisations

Pour une meilleure continuité des soins, vous trouverez ci-dessous les coordonnées de tous les prestataires de soins à contacter pour le retour à domicile du patient.

Identité du patient ou une vignette mutuelle.

➤ Prestataires de soins :

Fonction	Coordonnées
Médecin traitant	
Pharmacien	
Kinésithérapeute	
Infirmie(è)r(e)	

➤ Autres :

Personnes (services-lien de parenté)	Coordonnées

## CINQUIEME PARTIE : Annexes

- A remplir :
- Relevé de la température :

Date	Heure	Relevé

Relevé du volume de boissons bu sur une journée :

Date	Volume d'eau relevé/jour	Paraphe



Gestion interdisciplinaire  
Divers :

Date	Relevé	Fait par :

Date	Relevé	Fait par :

Date	Relevé	Fait par :

Date	Relevé	Fait par :

# ATTENTION...

**Le carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelle est un outil de communication** standardisé permettant :

- de communiquer des informations utiles et nécessaires à propos d'un patient,
- de partager des observations et des réflexions en vue de faciliter sa prise en charge à domicile,
- de garantir la continuité des soins et de l'aide.

A propos du carnet :

- appartient au patient et reste au domicile du patient ou partout avec lui
- est à la disposition du patient et de ses proches ainsi qu'aux prestataires de soins
- ne remplace pas une communication verbale, indispensable pour des renseignements précis et détaillés
- n'est pas un support pour arranger des difficultés d'organisation, ou contenir des messages personnels
- permet de notifier les informations utiles, pertinentes et nécessaires au bien-être du patient, ainsi qu'à son suivi



Formulaire de coordination interdisciplinaire:

Identité du patient :

NOM et prénom : .....

Adresse : ..... n°: .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél : ...../..... GSM : .....

Personnes de références :

Cabinet médical : .....

Médecin(s) traitant(s) : .....

Coordonnées (tél, mail, ...) : .....

Pharmacie ouverte au public de référence : .....

Pharmaciens : .....

Coordonnées (tél, mail,...) : .....

Infirmier(ère) de référence : .....

Coordonnées (tél, mail,...) : .....

Entourage :

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Coordonnées : .....

Nom et prénom : ..... Lien de parenté : .....

Coordonnées : .....

Pathologies : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitements médicamenteux et non médicamenteux : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

[illegible]

## 6. Indicateurs de qualité

### 1. La contribution du Programme à la facilitation de la concertation (communication) entre médecins et pharmaciens

Evaluation interne aux concertations locales

- Evolution de la perception
  - Questionnaire au début de la soirée 1 et en fin de la soirée 3
- Formation aux outils
  - Questionnaire papier à la fin de la soirée 3
- Amélioration des relations médecins-pharmaciens
  - Questionnaire en ligne 3 à 6 mois après la fin de la CMP

### 2. La qualité du programme de promotion de la qualité

Evaluation externe aux concertations locales (SSPF/SSMG)

- Evaluation à réaliser au moyen d'un questionnaire en ligne après les 3 soirées de CMP

### 3. L'optimisation de la pratique professionnelle

Evaluation externe aux concertations locales

- Evaluation *a posteriori* de l'impact du programme sur la qualité des soins apportés aux patients âgé

Création de deux groupes de médecins prescripteurs d'une même région

- Rationalisation des prescriptions (liée à un prescripteur)
  - AINS (S01BC Anti-inflammatory agents, non-steroids)
  - Tricycliques (N06AA tricyclic antidepressant: TCAs)
  - Antipsychotiques prescrits plus d'un mois (N05A antipsychotics)
  - Anticholinergiques :
    - Amitriptyline (N06AA09)
    - Doxépine (N06AA12)
    - Oxybutynine (G04BD04)
    - Procyclidine (N04AA04)
- Rationalisation des délivrances (liée à une pharmacie)
  - AINS (S01BC Anti-inflammatory agents, non-steroids)
  - Tricycliques (N06AA tricyclic antidepressant: TCAs)
  - Antipsychotiques prescrits plus d'un mois (N05A antipsychotics)
  - Anticholinergiques :
    - Amitriptyline (N06AA09)
    - Doxépine (N06AA12)
    - Oxybutynine (G04BD04)
    - Procyclidine (N04AA04)

Collecte des données Pharmanet à réaliser par l'INAMI et à communiquer aux responsables et participants des concertations locales ainsi qu'à une structure externe responsable de l'évaluation du programme.