

**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

	Nom de l'évaluateur :		Date :	
	En préadmission à l'EMS <input type="checkbox"/> A l'admission/en visite de suivi <input type="checkbox"/> En réunion pluriprofessionnelle si modification de l'état du patient <input type="checkbox"/>			
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"/>
	Le traitement comprend plus de 5 médicaments		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Evaluation des compétences	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
	6. A la faculté de s'exprimer pour comprendre et se faire comprendre		Oui= 1	Non= 0
Evaluation de l'adhésion	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
Score obtenu	Niveau 0 <input type="checkbox"/> Score de 0 à 4 Patient non-autonome	Niveau 1 <input type="checkbox"/> Score de 5 à 8 Patient aidé par l'IDEL	Niveau 2 <input type="checkbox"/> Score de 9 à 12 Patient autonome	
Décision médicale	Pour l'ensemble des médicaments	Pour les médicaments prescrits dans le PAAM	Pour les médicaments prescrits dans le PAAM	
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"/>	
Validation	Date :	Nom du médecin praticien :		