

QUESTIONNAIRE D'OBSERVATION_Partie 1 - Structure

Date: _____

Critère	O En p. N	Notes
Environnement de l'entretien agréable <ul style="list-style-type: none"> Respect de la vie privée garanti Le moins de facteurs perturbants possible 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Introduction <ul style="list-style-type: none"> Se présente, donne son nom et sa fonction Explique l'objet de l'entretien 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Formulation <ul style="list-style-type: none"> Utilise des expressions adaptées au patient S'exprime clairement et à un niveau sonore compréhensible 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Technique d'entretien <ul style="list-style-type: none"> Commence par des questions ouvertes Demande des renseignements spécifiques à l'aide de questions fermées 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Systématique <ul style="list-style-type: none"> Utilise le guide d'entretien Guide le patient de manière ciblée pendant l'entretien <ul style="list-style-type: none"> les blocs thématiques du guide sont reconnaissables (médicaments pris régulièrement, en réserve, médicaments en vente libre, sous forme autre qu'orale, suivant les symptômes) ne s'attarde pas sur les sujets qui ne concernent pas la médication 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sources / Comparaison <ul style="list-style-type: none"> Rassemble les sources existantes avant l'entretien Tient systématiquement compte des sources disponibles <ul style="list-style-type: none"> examine les emballages des médicaments avec le patient examine les documents écrits avec le patient pose des questions complémentaires aux proches Demande des éclaircissements en cas de doute Prend des notes Obtient le cas échéant l'autorisation du patient de demander des informations à d'autres prestataires de soins / proches 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

QUESTIONNAIRE D'OBSERVATION_Partie 2 - Contenu

Critère	O En p. N	Notes
<i>Médicaments en réserve</i> <ul style="list-style-type: none"> Note les médicaments en réserve 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Médicaments non soumis à ordonnance</i> <ul style="list-style-type: none"> Note les médicaments non soumis à ordonnance Note les préparations à base de plantes/compléments alimentaires 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Formes galéniques non orales</i> <ul style="list-style-type: none"> Note les médicaments de forme galénique non orale (collyre / gouttes pour les oreilles / le nez / inhalateurs / pansements / pommades / suppositoires / médicaments à injecter) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Technique d'entretien suivant le diagnostic/les symptômes</i> <ul style="list-style-type: none"> Note les médicaments pour les diagnostics/symptômes connus Note explicitement: <ul style="list-style-type: none"> - les somnifères - les antidouleurs - les laxatifs 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Indications complètes</i> <ul style="list-style-type: none"> Pour tous les médicaments, note <ul style="list-style-type: none"> - le nom - le dosage - la forme galénique - la posologie 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Adhésion au traitement</i> <ul style="list-style-type: none"> Demande si les médicaments sont pris différemment de la prescription Pose des questions ciblées à l'aide d'exemples (oublié, omis, interrompu, plus/moins, horaire différent) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<i>Allergies</i> <ul style="list-style-type: none"> Note les allergies et leurs effets 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<p>Allophonie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interprète professionnel • Interprète non professionnel appartenant au personnel de l'hôpital • Interprète non professionnel du cercle familial/de connaissances • Sans interprète en français (D/I) approximatif • Dans une autre langue étrangère que tous deux parlent (anglais par exemple) 	<table> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<p>Notes</p> <p><i>Règles de feedback:</i></p> <div data-bbox="163 572 640 930" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><u>Rétroaction:</u> <i>Qu'ai-je observé?</i> <i>(d'abord quelque chose de positif)</i></p> <p><u>Compréhension:</u> <i>Pourquoi a-t-il agi ainsi? Comment l'a-t-il ressenti?</i></p> <p><u>Réflexion:</u> <i>Des modifications sont-elles nécessaires?</i></p> <p><u>Solution possible:</u> <i>Propositions de modifications concrètes?</i></p> </div>												