

Conseils méthodologique pour la réalisation du bilan éducatif partagé

Note(s) pour l'intervenant :

Cette fiche d'aide au bilan éducatif partagé (BEP) initial est un guide qui explore plusieurs thématiques :

- La situation socioprofessionnelle et familiale
- Les difficultés rencontrées par le patient (sociales, familiales, physiques,...nutritionnelles..)
- Ses activités de loisirs, ses projets
- Sa connaissance de la maladie
- Ses connaissances globales sur le traitement oral proposé
- Sa gestion des traitements oraux en général.

Avant de commencer l'entretien, il est important de poser le cadre et de présenter les objectifs au patient

Chaque éducateur doit explorer les thématiques proposées par des questions ouvertes et globales pour recueillir un maximum de données sans pour autant questionner le patient sur l'intégralité des items proposés. Le référentiel de compétences patients est complémentaire de cette fiche d'aide au BEP.

Le BEP pourra être complété au cours de la prise en charge.

L'objectif de ce guide est de permettre :

- d'appréhender les différents aspects de la personnalité du patient
- d'identifier ses besoins
- d'évaluer ses potentialités
- de prendre en compte ses demandes
- de permettre au patient d'exprimer son analyse de sa situation
- d'évaluer ses compétences déjà mobilisées, à acquérir ou à renforcer

Afin de permettre d'établir ensemble une synthèse des données recueillies et de pouvoir établir un programme éducatif personnalisé.

BILAN EDUCATIF PARTAGE

Date :

Diagnostic éducatif réalisé par :

Fonction :

Lieu d'exercice :

Identification du patient

Nom, prénom du patient :

Date de naissance :

Couverture sociale :

Mutuelle complémentaire /

Tél fixe : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Tél portable : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Adresse mail :@.....

Médecin référent :

Infirmière libérale :

Pharmacien :

Laboratoire :

Histoire de la maladie :

.....

.....

Protocole retenu :

.....

.....

Dimension familiale (qui est-il ?)

Parlez-moi de vous, de votre famille, de votre entourage ?

.....

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ En couple ☐ Vit seul(e) ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé ☐ autre

Avez-vous des enfants ? ☐ non ☐ oui Nb :

Si oui	Age	A charge
.....		☐
.....		☐
.....		☐
.....		☐

Proximité : ☐ oui ☐ non

Avez-vous des petits-enfants ? ☐ non ☐ oui Nb :

Si vous êtes en couple, Votre conjoint est-il en bonne santé ? ☐ non ☐ oui

Souhaitez-vous en parlez ?

.....

Y a-t-il des pbs de santé dans la famille ? ☐ non ☐ oui

Souhaitez-vous en parlez ?

.....

Parlez-moi de votre quotidien ?

.....

Comment se déroule une journée ?

.....

Comment occupez-vous vos journées (activités, loisirs ...) ?

.....

Rencontrez-vous des difficultés dans votre vie quotidienne, votre vie familiale ou vie sociale, du fait de votre maladie, de votre traitement ? si oui lesquelles ?

.....

Avez-vous mis en place, ou allez-vous mettre en place, des trucs, des astuces pour les surmonter ? Lesquelles ?

.....

En cas de besoin, en terme de soutien, sur qui pouvez-vous compter ? Comment cela se passe ?

.....

Avez-vous des Aides à domicile ? ☐ non ☐ oui

Si oui, lesquelles ?

.....

Souhaitez-vous des aides à domicile ? ☐ non ☐ oui

Si oui, lesquelles :

Parlez-moi de votre logement ?

.....
.....

- ☐ Ville ☐ Campagne ☐ proximité ville (nombre kms) :km
☐ Maison ☐ Appartement ☐ autre :
☐ Terrain (grandeur de terrain) :
☐ Logement :
 ☐ Chambre à l'étage ☐ chambre RDC ☐ douche ☐ baignoire
 ☐ Escalier pour sortir ☐ autre.....

Avez-vous des animaux domestiques ? ☐ non ☐ oui

Lesquels ? : ☐ chats ☐ chien ☐ autre :

Qui s'en occupe ? :

Dimension psychologique (qui est-il ?)

Depuis l'annonce de votre maladie, depuis la mise en place du traitement, comment cela se passe avec votre famille (conjoint, enfant, petits enfants) ? Comment réagisse-t-il ?

.....

.....

Et vous, comment avez-vous réagit ? Et comment réagissez-vous aujourd'hui ?

.....

.....

Comment vous sentez-vous moralement ?

.....

.....

Quelles sont vos forces, vos atouts, vos ressources ?

.....

.....

Quelles sont vos craintes, vos principales préoccupations ?

.....

.....

Avec qui parlez-vous de votre maladie ?

.....

.....

Etes-vous demandeur d'un soutien psychologique ?

.....

.....

Dimension motivationnelle (quel est son projet ?)

Comment voyez-vous l'avenir ? Avez-vous des projets ?

.....

.....

Dimension professionnelle (que fait-il ?)

Quelle est votre situation professionnelle ?

- ☐ Actif
- ☐ Retraité
- ☐ Invalidité
- ☐ recherche d'emploi
- ☐ autre :

Quelle est, ou quelle était, votre profession ?

Si actif :

Comment gérez-vous votre maladie, votre traitement au travail ?

.....
.....

Rencontrez-vous des difficultés au travail du fait de votre maladie, de votre traitement ?

si oui lesquelles ?

.....
.....

Avez-vous mis en place, ou allez-vous mettre en place, des trucs, des astuces pour les surmonter ?
Lesquelles ?

.....
.....

En cas de besoin, en terme de soutien, sur qui pouvez-vous compter au travail ? Comment cela se passe ?

.....
.....

Avez-vous parlé de votre pathologie avec le médecin du travail ?

☐ non ☐ oui racontez moi ?

.....
.....

Dimension socio culturelle (que fait-il ?)

Parlez-moi de votre quotidien, comment occupez-vous vos journées, avez-vous des activités (sociales, culturelles, associatives, loisirs) ?

.....

Activité associative : ☐ oui ☐ non laquelle :
 Activité physique : ☐ oui ☐ non laquelle :
 Activité culturelle : ☐ oui ☐ non laquelle :
 Autre :

Rencontrez-vous des difficultés dans ces activités du fait de votre maladie, de votre traitement ?
 si oui lesquelles ?

.....

Avez-vous des contraintes /des difficultés au niveau :

Des horaires : ☐ oui ☐ non lesquelles :
 Des déplacements : ☐ oui ☐ non lesquelles :
 Economique/financière ☐ oui ☐ non lesquelles :
 Familiale : ☐ oui ☐ non lesquelles :
 De dépendance : ☐ oui ☐ non lesquelles :

Ce qui est acceptable dans votre périmètre de déplacement: nombre de kilomètres :

Vous êtes autonome dans les déplacements, dans les transports ☐ oui ☐ non

Avez-vous mis en place, ou allez-vous mettre en place, des trucs, des astuces pour surmonter ces difficultés? Lesquelles ?

.....

Dimension biomédicale (qu'est-ce qu'il a ?) et dimension cognitive (que sait-il ?)

La santé, la maladie

Pouvez-vous me parlez de votre santé ?

.....

.....

Quels sont vos principaux problèmes de santé ?

.....

.....

Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus ?

.....

.....

Pouvez-vous me parler de votre cancer ?

.....

.....

Que vous a dit votre médecin référent au sujet de votre cancer ?

.....

.....

Y a-t-il des points que vous n'avez pas compris, et si oui, souhaitez-vous que nous revenions sur ces points?

☐ non ☐ oui lesquels ?

.....

.....

Avez-vous des difficultés particulières ?

.....

.....

Visuelle :

☐ oui ☐ non ☐ laquelle

Auditive

☐ oui ☐ non ☐ laquelle

Respiratoire (asthme, épanchement,) :

☐ oui ☐ non ☐ laquelle

De mobilité (déplacement fauteuil, canne, vertiges,...)

☐ oui ☐ non ☐ laquelle

Sensori motrice (paresthésie,)

☐ oui ☐ non ☐ laquelle

Avez-vous des problèmes pour lire ☐ pour écrire ☐

Les symptômes

Quels sont les problèmes, les symptômes, que vous avez, vous ressentez, avec votre maladie ?

.....

.....

Douleur :

Est-ce que vous ressentez des douleurs ?

☐ non ☐ oui

Si oui :

Echelle numérique (0 à 10) cette dernière semaine :

Min :

Moy :

Max

Comment l'expliquez-vous ?

.....

.....

Comment vous la gérez ? ou comment peut-on la gérer ?

.....
.....
.....
Pouvez-vous me dire où se situent les douleurs ? ☐ non ☐ oui
.....
.....
.....

Perturbe-t-elle le sommeil ? ☐ non ☐ oui

Perturbe-t-elle les activités habituelles ? ☐ non ☐ oui
.....
.....
.....

Est-ce que vous prenez un traitement pour la douleur? ☐ non ☐ oui
Lequel ?

Fatigue :

Est-ce que vous ressentez de la fatigue ? ☐ non ☐ oui

Si oui, Pouvez-vous la chiffrer sur une échelle de 0 (pas de fatigue) à 10 (fatigue extrême) ?

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment vous la gérez ? ou comment peut-on la gérer ?
.....
.....

Alimentation :

Quelles sont vos habitudes alimentaires ? Avez-vous modifié vos habitudes alimentaires en lien avec votre maladie, votre traitement ?
.....
.....

Quel est votre transit habituel : ☐ transit régulier ☐ tendance à la diarrhée ☐ tendance à la constipation

Avez-vous remarqué une perte de poids ? ☐ non ☐ oui

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment le gérez-vous ? ou comment peut-on le gérer ?
.....
.....

Présentez-vous une perte d'appétit ? ☐ non ☐ oui

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment le gérez-vous ? ou comment peut-on le gérer ?
.....
.....

Présentez-vous des nausées ? ☐ non ☐ oui

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment le gérez-vous ? ou comment peut-on le gérer ?

.....
.....
Présentez-vous des vomissements ? ☐ non ☐ oui

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment le gérez-vous ? ou comment peut-on le gérer ?
.....
.....

Présentez-vous troubles la déglutition ou mastication ? ☐ non ☐ oui

Comment l'expliquez-vous ?
.....
.....

Comment le gérez-vous ? ou comment peut-on le gérer ?
.....
.....

Prenez-vous des compléments alimentaires ? ☐ Non ☐ oui

Qu'en pensez-vous ?
.....
.....

Les médicaments en général

Parlez-moi de vos médicaments ?
.....
.....

Que prenez-vous comme médicaments ? Pouvez-vous citer ou retrouver le nom de vos médicaments ?
.....
.....

A la maison, comment vous êtes-vous organisé pour les prendre?
.....
.....

Avez-vous besoin de quelqu'un pour préparer et / ou pour prendre vos traitements ? ☐ non ☐ oui
.....
.....

Rapport aux médicaments en général /observance :

Connaissez-vous l'indication de ces traitements ? ☐ oui ☐ non

Où rangez-vous vos médicaments ? :

Vous arrive-t-il de tomber en panne de médicaments ? ☐ oui ☐ non

Vous arrive-t-il de ne pas prendre vos médicaments ? ☐ oui ☐ non

Pour quelles raisons ? :

Avez-vous recours à l'auto médication ? ☐ oui ☐ non

A l'homéopathie ? ☐ oui ☐ non

A la phytothérapie ? ☐ oui ☐ non

Autre :

Le traitement anticancéreux

Pouvez-vous me parler des médicaments qui ont été prescrits pour votre cancer ?
.....
.....

Pouvez-vous expliquer pourquoi votre médecin référent vous a prescrit ce nouveau traitement ?

.....
.....

Connaissez –vous le nom des médicaments prescrits pour votre cancer ? ☐ non ☐ oui

.....
.....

Savez-vous à quoi ils servent ?

.....
.....

Que pensez-vous de ces médicaments ?

.....
.....

☐ ils sont efficaces ☐ C'est contraignant ☐ vous avez peur des effets indésirables ☐ vous êtes autonome ☐ il y a moins d'hospitalisation ☐ autre :

Comment vous êtes-vous organisé pour prendre chacun de ces médicaments ? (A quel moment de la journée prenez-vous chacun de ces médicaments, à quel rythme ? comment les répartissez-vous sur la période prescrite ?)

.....
.....

Comment faire pour ne pas oublier le traitement ? Avez-vous mis en place des astuces ? Ou quelles astuces pourriez-vous mettre en place ?

.....
.....

Avez-vous déjà oublié de prendre une prise, qu'avez-vous fait ? Ou en cas d'oubli d'une prise, que faut-il faire ?

.....
.....

Avez-vous rencontré des difficultés à avaler les médicaments ? Qu'avez-vous fait ? Ou En cas de difficultés à avaler, que peut-on faire ?

.....
.....

Y a-t-il des précautions à prendre concernant les médicaments chimiothérapie orale ? et concernant l'évacuation des déchets, protection de l'entourage, rangement, stockage, gestion des stocks, ... ?

.....
.....

Effets secondaires

Selon vous, ces médicaments peuvent-ils avoir des effets secondaires ? ☐ non ☐ oui

Si oui, lesquels :

.....
.....

En cas de diarrhée, que faut-il faire ? Comment prévenir ? Qui faut-il prévenir ?

.....
.....

En cas de vomissement ?

.....
.....

En cas de mucite ?

.....
.....
En cas de syndrome main pied ?
.....
.....

En cas de HTA ?
.....
.....

En cas de ?
.....
.....

En cas de ?
.....
.....

Pensez-vous que les bénéfices des médicaments contrebalancent, ou contrebalanceront, avantageusement les effets secondaires ? ☐ non ☐ oui
.....
.....

Dimension pédagogique

Que vous a dit mon ou mes collègues sur ces séances, ce programme ?
.....
.....

Qu'en pensez-vous ?
.....
.....

Qu'attendez-vous de ces séances ?
.....
.....

Au cours de votre programme, quels sont les thèmes prioritaires que vous aimeriez discuter concernant votre maladie, votre traitement?
.....
.....

Y a-t-il des choses que vous aimeriez apprendre, savoir-faire, pour rendre votre quotidien plus facile, plus tranquille, plus confortable ?
.....
.....

Commentaires de l'intervenant

Synthèse :

Facteurs facilitants :

Facteurs limitants :

Demandes du patient :

Besoins identifiés :

Objectifs négociés :

Soins de support mis à disposition :

Professionnels de santé contactés :

Documents remis :

Prochain rendez-vous :