

Compliance with prescribing and dispensing conditions for valproate and related substances in girls and women of childbearing potential: A survey of community pharmacists in France

Drug Safety

Khristina Fauvelle¹, Jean Joel Bigna^{1*}

¹Campus Sanofi, Medical Affairs, 94255 Gentilly, France.

*Corresponding author: Email: jean-joel.bigna-rim@sanofi.com.

Questionnaire d'enquête rempli par les pharmaciens au moment de la délivrance

1. Avez-vous déjà complété une fiche pour cette patiente au cours des 3 derniers mois ?
Oui/Non

2. Quel est l'âge de la patiente ?

- 2-12 ans
- 13-17 ans
- 18-24 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans

3. Quel est le produit prescrit ?

- Dépakine, Dépakine Chrono, Micropakine
- Dépakote, Dépamide
- Valproate de sodium (générique)

4. Le prescripteur est-il ?

- Médecin généraliste
- Neurologue
- Psychiatre
- Pédiatre
- Autre (précisez)

5. S'agit-il d'une initiation de traitement ou d'un renouvellement ?

- Initiation de traitement
- Renouvellement

6. La Carte Patient, mise en place en février 2017, a-t-elle été remise à la patiente ?
Oui/Non

- Si Oui, qui lui a remis ? Médecin généraliste, neurologue, psychiatre, pédiatre, autre (précisez)

Les questions 7a et 7b permettront l'évaluation du critère principal.

7. La patiente (ou son représentant légal) vous a-t-elle présenté :

a. Un formulaire d'accord de soins signé datant de moins d'un an ? **Oui/Non**

- b. Une ordonnance d'un spécialiste habilité (neurologue, psychiatre, pédiatre ou autre) datant de moins d'un an ? **Oui/Non**
8. En cas de non-respect des conditions de prescription (si « Non » à au moins l'une des questions 7a et 7b), quel que soit le type de prescription (initiale ou renouvellement)
- Avez-vous contacté le prescripteur ? Oui/Non
 - Avez-vous dispensé le traitement ?
 - o Non
 - o Oui car le prescripteur m'a confirmé sa prescription
 - o Oui car il s'agit d'un renouvellement (pour éviter une rupture brutale de traitement)
 - o Oui, autre situation (précisez)
 - Dans les cas où vous avez dispensé le traitement
 - o Vous êtes-vous assuré que la patiente connaît et comprend les risques de ce traitement ? Oui/Non
 - o Vous êtes-vous assuré que la patiente connaît son obligation de consulter un spécialiste habilité au moins une fois par an ? Oui/Non
 - o Pour quelle durée avez-vous dispensé le traitement (précisez) ?

Electronic Supplementary Material

Survey questionnaire completed by pharmacists at the time of dispensing

1. Have you completed a card for this patient in the past 3 months? **Yes / No**
2. What is the patient's age?
 - 2–12 years
 - 13–17 years
 - 18–24 years
 - 25–29 years
 - 30–34 years
 - 35–39 years
 - 40–44 years
 - 45–49 years
3. What product has been prescribed?
 - Depakine, Depakine Chrono, or Micropakine
 - Depakote, Depamide
 - Valproate sodium (generic)
4. Is the prescriber a...?
 - General practitioner
 - Neurologist
 - Psychiatrist
 - Pediatrician
 - Other (please specify)
5. Is this a first prescription or the renewal of an existing prescription?
 - First prescription
 - Renewal
6. Does the patient have an existing Patient Card (of the type introduced in February 2017)?
Yes / No
 - If **yes**, who issued it? General practitioner, neurologist, psychiatrist, pediatrician, or other (if “other,” please specify)?
7. Did the patient (or her legal representative) present to you:
 - a. A signed risk acknowledgment form that is <1 year old? **Yes / No**
 - b. A prescription from a licensed specialist (neurologist, psychiatrist, paediatrician, or other) that is <1 year old? **Yes / No**
8. If the answer to either Question 7a or 7b was “**No**” [regardless of the type of prescription (first prescription or renewal)]:
 - Did you contact the prescriber? **Yes / No**
 - Did you dispense the medication?
 - o **No**
 - o **Yes**, because the prescriber confirmed the prescription to me
 - o **Yes**, because it was a renewal (to avoid a sudden break in treatment)
 - o **Yes**, other situation (please specify)
 - In cases where you dispensed the treatment:

Electronic Supplementary Material

- o Have you made sure that the patient knows and understands the risks of this treatment? **Yes / No**
- o Have you made sure that the patient is aware of her obligation to consult an authorized specialist at least once a year? **Yes / No**
- o For what duration did you dispense the valproate product (please specify)?