

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 14 • Numéro 9 • Le 20 novembre 2014

La présence d'une décimale pour une nouvelle teneur d'HYDROmorph Contin a mené vers une surdose d'opioïde

ISMP Canada a reçu un rapport d'accident à conséquence majeure impliquant le médicament de niveau d'alerte élevé HYDROmorph Contin (capsule de chlorhydrate d'HYDROmorphone à libération contrôlée). Dans cet accident, un patient nouvellement admis dans un centre de soins palliatifs a reçu par inadvertance une dose très élevée d'opioïdes. Plusieurs facteurs ont contribué à l'événement, y compris la disponibilité d'une teneur relativement nouvelle (4,5 mg) du médicament.

Description d'un événement

Une patiente a été admise dans un centre de soins palliatifs. L'infirmière en soins à domicile a envoyé le profil de médicaments de la patiente au centre de soins palliatifs par télécopieur. L'infirmière en soins palliatifs Selon le profil reçu, le médecin a fait des ordonnances téléphoniques à l'infirmière en soins palliatifs incluant une ordonnance pour l'HYDROmorphone prévue de façon régulière. L'inscription sur la liste envoyée par télécopieur indiquait « HYDROmorph Contin 4,5 mg q12h par voie orale », mais a été interprétée comme « HYDROmorph Contin 45 mg q12h par voie orale », à cause de la mauvaise qualité de la télécopie reçue, mais aussi parce que les membres du personnel n'étaient pas familiers avec l'existence d'une dose de 4,5 mg associée à ce médicament.

Le centre de soins palliatifs a reçu les ordonnances du médecin par téléphone, y compris l'HYDROmorph Contin 45 mg q 12h par voie orale, avec

l'HYDROmorphone 9 mg q1h sous-cutanée au besoin pour des percées de douleur. La dose sous-cutanée a été calculée comme 10 % de la dose totale quotidienne présumée de 90 mg (soit 45 mg x 2). L'oubli d'une étape de calcul manquée (ce qui aurait réduit la dose sous-cutanée de 50 %) a empiré la situation. Avant que la dose régulière prévue (q12h) ne soit administrée, la patiente a reçu une dose sous-cutanée de 9 mg pour une percée de douleur. Dans l'heure, le personnel a observé que la patiente était très somnolente et avait une fréquence respiratoire réduite.

L'équipe de soins a identifié le potentiel d'une surdose d'opioïdes et a amorcé le protocole de naloxone pour les patients en soins palliatifs. De multiples doses de naloxone ont été nécessaires et la patiente a été réanimée avec succès. Plus tard, il a été découvert qu'avant son admission au centre de soins palliatifs, la patiente ne prenait pas son HYDROmorphone régulièrement telle que prescrite, et certains jours, elle n'en prenait pas.

Contexte

L'HYDROmorphone est un puissant analgésique à action centrale de la classe des opioïdes. Au moment de l'accident décrit ici, ce médicament était utilisé pour le soulagement de la douleur modérée à grave.^{1,2} Ses effets indésirables sont similaires à ceux provoqués par d'autres analgésiques opioïdes puissants, comme la morphine et le fentanyl. La dépression respiratoire est la principale préoccupation

en lien avec ces médicaments et si elle n'est pas corrigée, elle peut mener à une diminution du niveau de conscience et une mort éventuelle. Les opioïdes figurent systématiquement dans le palmarès des 10 médicaments associés à des accidents graves liés à la médication et qui sont déclarés de façon volontaire à l'ISMP Canada³⁻⁵.

Discussion

L'analyse de cet accident a permis d'identifier plusieurs facteurs contributifs, y compris l'introduction récente d'une teneur de 4,5 mg d'HYDROmorph Contin, l'absence d'un processus systématique de bilan comparatif des médicaments en temps opportun et le manque de communication entre les individus clés.

L'HYDROmorph Contin à libération contrôlée a longtemps été disponible en capsules de 3 mg, 6 mg, 12 mg, 18 mg, 24 mg et de 30 mg. En 2011, des gélules d'HYDROmorph Contin de 4,5 mg ont été commercialisées au Canada.⁷ Cette nouvelle teneur a été conçue pour fournir une teneur intermédiaire entre les doses de 3 et de 6 mg. Cependant, la décimale inhérente à cette teneur était un facteur contributif à l'accident décrit dans ce bulletin. En fait, la présence d'une décimale dans une dose de médicaments sous ordonnance peut mener à une erreur de dix fois plus grande que la dose prévue.⁸ Dans une situation analogue, plusieurs accidents mortels déclarés décrivaient une mauvaise interprétation d'une dose prescrite de Duragesic (fentanyl transdermique) de 12,5 mcg/h pour 125 mcg/h. Le fabricant de Duragesic (fentanyl transdermique) a modifié l'étiquetage du timbre de 12,5 mcg/h pour qu'on puisse lire « 12 mcg/h ». Le timbre Duragesic étiqueté « 12 mcg/h » libère encore 12,5 mcg/h, mais l'élimination de la décimale a réduit le risque qu'une erreur de dosage dix fois supérieure à la dose prévue ne survienne⁸.

Dans ce cas, l'erreur de dosage supérieur de 10 fois a fait en sorte que la patiente a reçu une dose plus élevée d'HYDROmorphone sous-cutanée que celle qu'elle devait avoir, car la dose calculée pour soulager la percée de douleur repose sur l'hypothèse qu'elle prenait une dose orale quotidienne de 90 mg d'HYDROmorphone.

L'absence de vérification du profil pharmacologique a probablement contribué aussi à cet accident. Une dose de 45 mg est assez courante en soins palliatifs et la capsule d'HYDROmorph Contin de 4,5 mg était relativement nouvelle sur le marché. Les membres du personnel en soins palliatifs n'étaient pas au courant de l'existence de la capsule de 4,5 mg, mais étant familiers avec la dose de 45 mg dans le cadre des soins palliatifs, ils auraient pu interpréter que la dose prévue était en fait de 45 mg, même si la décimale était apparente dans le profil de médicaments envoyé par télécopieur.

Un autre facteur contributif était le manque de communication d'information critique entre les membres du personnel. Bien qu'il y ait une discussion sur les médicaments de la patiente avant l'admission entre l'infirmière de soins à domicile et l'infirmière en soins palliatifs, la conversation n'a pas inclus l'infirmière-soignante en soins palliatifs de la patiente. L'information sur la prise irrégulière d'HYDROmorphone à domicile n'a pas été transmise en temps opportun, et la patiente ainsi que sa famille n'étaient pas en mesure ou n'étaient pas disponibles pour confirmer l'utilisation d'HYDROmorphone avant que la première dose par voie sous-cutanée n'ait été donnée.

Deux aspects de cette étude de cas se sont avérés essentiels dans la prévention du décès de la patiente. Premièrement, les membres du personnel étaient au courant et attentifs aux signes et symptômes d'une surdose d'opioïdes (par exemple, la somnolence grave et la dépression respiratoire). Deuxièmement, ils ont agi rapidement en instituant le protocole organisationnel de naloxone.

Recommandations

Ce cas illustre de nombreuses possibilités pour éviter des accidents de surdose d'opioïdes et pour atténuer les risques. Voici les différentes stratégies qui ont été suggérées pour les fabricants et les professionnels.

Pour les fabricants

- Lorsque possibles, les teneurs de médicaments sont inscrites avec des chiffres entiers.

- Pour les médicaments de niveau d'alerte élevé avec une décimale présente au niveau de la teneur d'un produit existant, une évaluation proactive de la sécurité du produit est recommandée.

L'ISMP Canada a partagé cette recommandation ainsi que l'information contextuelle avec le fabricant d'HYDROmorph Contin.

Pour les professionnels

- Au moment de l'admission ou du transfert vers un nouveau milieu de soins, interroger le patient (ou un membre de la famille) en utilisant un processus systématique, afin d'obtenir une confirmation indépendante de la pharmacothérapie du patient. Cet examen indépendant est essentiel pour ceux qui prennent de fortes doses d'opioïdes ainsi que d'autres médicaments de niveau d'alerte élevé. Il faut comparer les renseignements provenant de l'entrevue avec l'information inscrite dans le dossier et résoudre les divergences qui ont été identifiées.
- Une confirmation supplémentaire des médicaments du patient peut également être obtenue par un examen de toutes les fioles de médicaments sur ordonnance et des produits en vente libre, en se référant à la documentation provenant des établissements de santé (par exemple, les feuilles d'administration des médicaments), les dossiers provenant de la pharmacie communautaire ou les deux.
- Standardiser les processus d'admission et de congé afin de s'assurer que toute l'information pertinente, y compris les détails de la pharmacothérapie actuelle, est disponible au moment où le patient est transféré d'un milieu de soins à un autre et aborder toute lacune ou manque d'information. Veiller à ce que les principaux prestataires de soins soient impliqués. L'utilisation d'une liste de vérification peut être utile.⁹
- Si la documentation du patient doit être transmise par télécopieur d'un milieu de soins à un autre, s'assurer que l'original soit imprimé sur du papier blanc, afin d'optimiser la clarté de la télécopie reçue. Les documents imprimés sur du papier couleur génèrent habituellement des télécopies de piètre qualité.

- Créer un forum au sein de votre milieu de soins pour partager et diffuser l'information sur les nouveaux médicaments et formes posologiques pertinents à votre domaine de pratique.
- Créer des lignes directrices pour le dosage des opioïdes et pour le suivi des patients qui prennent ces médicaments.
- Veiller à ce que tous les membres du personnel connaissent les signes et symptômes de toxicité aux opioïdes, qui peut se produire avec ou sans surdose (consulter la vidéo sur le site internet suivant <https://www.youtube.com/watch?v=Uf960ark4s4>).
- Créer des protocoles et des ordonnances collectives pour l'administration du naloxone à des patients qui présentent des signes et des symptômes de toxicité aux opioïdes. Assurez-vous que le protocole soit facilement accessible et que les membres du personnel soient au courant de son existence.
- Informer les patients et les familles sur les signes et les symptômes de la toxicité aux opioïdes. Par exemple, vous pouvez imprimer et distribuer des copies d'un document de 2 pages de l'ISMP Canada, aux patients et à leur famille lorsqu'une ordonnance pour un opioïde est amorcée. Le document est disponible à l'adresse suivante : http://www.ismp-canada.org/download/HYDROmorphone/ISMPCanada_AnalgésiquesOpioïdes.pdf
- Déclarer les préoccupations et les accidents liés à la présence d'une décimale au niveau de la teneur d'un produit à l'ISMP Canada.

Remerciements

L'ISMP Canada tient à remercier, par ordre alphabétique, l'expertise fournie par :

Carmel Collins Inf., BSc soins inf. NP-F/AA
 CHPCN(C), Infirmière praticienne, Équipe de leadership régional en soins palliatifs, Eastern Health,
 Présidente: *Newfoundland & Labrador Hospice Palliative Care Association*, St. Jean, TN; Patricia Mosnia, Directrice, *Regional Hospice Palliative Program, Central Community Care Access Centre*, Richmond Hill, ON; Margaret Thompson MD, FRCPC, FACMT, Directrice médicale, *Ontario & Manitoba Poison Centres*, Toronto, ON.

Références

1. Monographie sur les opioïdes. Dans: Repchinsky C, éditeur-en-chef. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa (ON): Association des pharmaciens du Canada; 2012. p. 1896-1898.
2. *Hydromorphone monograph*. Dans: Lacy CF, Armstrong LF, Goldman MP, Lance LL, éditeurs. *Drug information handbook: a comprehensive resource for all clinicians and healthcare personnel*. 18th ed. Hudson (OH): Lexi-Comp; 2009. p. 747-749.
3. Nouvelles mesures d'utilisation sécuritaire de l'HYDROMORPHONE—Résultats d'un projet de démonstration ciblée. Bulletin de l'ISMP Canada 2013 [cité le 25 août 2014];13(10):1-8. Disponible sur le site : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-10_HYDROMORPHONE.pdf
4. Les 10 médicaments les plus fréquemment déclarés dans les cas d'accidents avec préjudice liés à la médication. Bulletin de l'ISMP Canada 2006 [cité le 22 septembre 2014];6(1):1-2. Disponible sur le site : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-01.pdf>
5. Collectif national: Les cinq médicaments les plus souvent associés à des préjudices lors de la déclaration d'accidents/incidents liés à l'utilisation des médicaments chez des enfants. Bulletin de l'ISMP Canada 2009 [cité le 22 septembre 2014];9(6):1-3. Disponible sur le site : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2009-06.pdf>
6. HYDROMORPH CONTIN [monographie de produit]. Pickering (ON): Purdue Pharma; 2012 le 30 octobre [cité le 25 août 2014]. Disponible sur le site : http://www.purdue.ca/files/2012-10-30_HMC%20PM%20%20Mktg%20FRE_clean.pdf
7. *HYDROMORPH Contin 4.5 mg controlled-release capsule [database listing]*. Dans: Drug product database. Ottawa (ON): Santé Canada; 14 avril 2011 [cité le 25 août 2014]. Disponible qu'en anglais sur le site : <http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/newSearch-nouvelleRecherche.do?lang=eng> (recherche sur "HYDROMORPH Contin"; sélectionner la formulation 4.5 mg).
8. *Ongoing, preventable fatal events with transdermal fentanyl patches are alarming!* ISMP Medication Safety Alert! Acute Care. 2007 28 juin [cité le 26 août 2014];12(13):1-3. Disponible qu'en anglais sur le site : <https://www.ismp.org/Newsletters/acutecare/articles/20070628.asp>
9. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. *Transition of care for hospitalized elderly patients – development of a discharge checklist for hospitalists*. J Hosp Med. 2006;1(6):354-360.

Décès liés aux opioïdes

Les opioïdes figurent encore parmi les classes de médicaments les plus souvent associés à de graves accidents qui sont déclarés de façon volontaire à l'ISMP Canada. En tant qu'axe prioritaire d'un projet de collaboration entre l'ISMP Canada et les quatre bureaux provinciaux du coroner ou du médecin légiste¹, une équipe interdisciplinaire a effectué une analyse par agrégat de 32 décès liés à la médication impliquant des opioïdes.

Trouvailles

Deux thèmes principaux sont ressortis de l'analyse: (1) l'identification des facteurs contributifs reliés à la prescription et à l'administration des opioïdes et (2) les éléments qui auraient pu atténuer un préjudice ou éviter un décès.

Prescription et administration des opioïdes

Les surdoses d'opioïdes, le chevauchement au niveau de la toxicité des médicaments ainsi que l'administration intentionnelle ou accidentelle d'opioïdes aux patients qui n'auraient pas dû en recevoir correspondent à des sous-thèmes d'accidents reliés à la prescription et à l'administration des opioïdes. Les facteurs sous-jacents suivants ont contribué à ces défaillances :

- amorce des opioïdes à une dose anormalement élevée
- incapacité de cesser les ordonnances antérieures d'opioïdes
- programmation incorrecte de la pompe
- manipulation inappropriée des formes posologiques disponibles (par exemple, écraser une formule à action prolongée)
- administration régulière de doses PRN prescrites pour une utilisation au besoin
- administration de plusieurs médicaments à la fois (opioïdes et non opioïdes) avec des profils de toxicité similaires
- potentialisation de la toxicité par les comorbidités du patient (par exemple, une insuffisance rénale ou hépatique)

- confusion entre la morphine et l'HYDROMORPHONE liée aux similitudes quant aux noms de médicaments et des doses couramment utilisées
- l'utilisation d'une teneur élevée et de formats à dose élevée d'HYDROMORPHONE pour l'administration de petites doses

Réduire les préjudices et prévenir les décès

La révision de ces cas a permis d'identifier plusieurs facteurs ayant contribué aux piètres résultats :

- les professionnels de la santé et autres soignants ne sont pas familiers à reconnaître les signes précurseurs de toxicité aux opioïdes
- l'omission d'administration du naloxone dans des cas où il aurait pu être bénéfique
- l'administration sous-optimale de naloxone et une surveillance inadéquate des patients après la réanimation

Des facteurs-clés pour réduire la probabilité de préjudice et de décès provoqués par une surdose d'opioïde impliquent la reconnaissance initiale des signes et symptômes de la toxicité, suivie par l'administration en temps opportun de l'antidote naloxone ainsi que des mesures de surveillance appropriées à la suite de l'événement.

Conclusion

Les résultats de cette analyse par agrégat viennent consolider les stratégies d'utilisation sécuritaire des opioïdes recommandées préalablement, telles que l'utilisation d'ordonnances préimprimées pour la prescription; la disponibilité des formes posologiques appropriées pour la dose prescrite; la double vérification indépendante pour le calcul des doses, la programmation de la pompe et l'administration des médicaments; l'utilisation de paramètres prédéterminés pour la surveillance avec des cibles d'intervention définies; et des lignes directrices claires pour l'utilisation appropriée du naloxone. De plus, la formation continue sur les signes précurseurs de la toxicité aux opioïdes pour les professionnels de la santé, les patients et à leur famille^{2,3} est nécessaire.

Nous encourageons les professionnels de la santé et les dirigeants d'établissement de tous les milieux de soins où les opioïdes sont utilisés à examiner le rapport complet, qui comprend des exemples de cas détaillés, et à utiliser cette information pour évaluer et aborder les failles dans leur propre milieu. Le rapport complet avec des exemples de cas est disponible en anglais seulement à l'adresse suivante : http://www.ismp-canada.org/download/OpioidStewardship/Opioid-Related_Deaths_Associated_with_Medication_Incidents_Nov2014.pdf

Remerciements

L'ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes pour l'expertise fournie dans cet encadré (par ordre alphabétique):

Matthew Bowes MD, Médecin légiste en chef, Nova Scotia Medical Examiner Service; Dan Cass MD FRCPC, ancien coroner en chef adjoint – *Investigations and Chair, Patient Safety Review Committee*, Bureau du coroner en chef de l'Ontario; Paul-André Perron PhD, conseiller en recherche, Bureau du coroner du Québec; et R. Kent Stewart, coroner en chef du Saskatchewan.

Références

1. Accidents liés à la médication ayant causé un décès: Résultat d'une collaboration avec les bureaux provinciaux du coroner en chef et du médecin légiste en chef. Bulletin de l'ISMP Canada. 2013 [cité le 4 février 2014];13(8):1-8. Disponible sur le site : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08_ResultatsPreliminairesInternationalMSSAOncology.pdf
2. Renseignements pour les patients et les membres de leur famille au sujet des analgésiques opioïdes. Toronto (ON): Institute pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; 2013 [cité 2014 Sep 12]. Disponible sur le site : http://www.ismp-canada.org/download/HYDROMORPHONE/ISMPCanada_AnalgésiquesOpioïdes.pdf
3. Les consommateurs peuvent aider à prévenir les préjudices liés à la prise des opioïdes [vidéo]. Toronto (ON): Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada; 2013. Disponible sur le site : <http://www.youtube.com/watch?v=FNfUrZLUZU8>

Septembre 2014 - Bulletin

Le partage des médicaments opioïdes peut être mortel

Le partage de médicaments sous ordonnance peut être dangereux, et la prise d'une dose unique d'opioïde peut même entraîner la mort chez une personne qui n'en a jamais pris auparavant. Grâce à un travail récent avec les Bureaux des coroners en chef et chef de médecins examinateurs, l'ISMP Canada a pris connaissance d'un cas dans lequel le partage des opioïdes a abouti à un décès. Le cas impliquait un homme qui est décédé de façon inattendue à la maison, car il utilisait un timbre de fentanyl en combinaison avec de l'alcool. Le timbre de fentanyl n'était pas prescrit pour l'homme qui est décédé; il lui avait été donné par un ami.

Ce cas et ses implications sont décrits dans un numéro récent du bulletin Médicamentssecuritaires.ca. Le bulletin fournit des conseils pour les consommateurs et souligne l'importance de ne jamais partager des opioïdes ou tout autre médicament sous ordonnance. Il insiste également sur l'importance de suivre les directives fournies avec chaque médicament. De plus, le bulletin comprend des conseils pour les professionnels, les avisant d'informer les patients de l'importance de ne pas prendre plus que la dose d'opioïde prescrite. Les professionnels de la santé doivent également s'assurer que les patients comprennent que les opioïdes en particulier ne peuvent pas être partagés.

Pour plus de recommandations sur l'utilisation sécuritaire des opioïdes, veuillez consulter le bulletin complet à l'adresse internet suivante : <http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201409BulletinV5N6PartageMedicamentsOpioïdes.pdf>



Médicamentssecuritaires.ca

Gestion sécuritaire des pénuries de médicaments et la ténecteplase (TNKase®)

L'ISMP Canada a développé un site internet d'échange des connaissances sur la gestion sécuritaire des pénuries de médicaments (Drugshortagesafety.ca- disponible en anglais uniquement) pour aider les professionnels de la santé et les établissements de santé à se préparer et à gérer les pénuries de médicaments sélectionnés.

Divers facteurs et circonstances ont le potentiel d'augmenter le risque d'accidents liés à la médication lors de pénuries de médicaments et plus particulièrement, en présence de pénuries de médicaments de niveau d'alerte élevé. En apportant un soutien proactif à la préparation d'une éventuelle pénurie de médicaments et en nous alignant avec les initiatives nationales, nous cherchons à atténuer les risques associés aux pénuries de médicaments et à réduire le risque d'accidents liés à la médication.

Le site d'échange des connaissances a été conçu pour partager les expériences d'apprentissage afin d'atténuer les risques associés aux pénuries de médicaments. Notre but collectif est d'aider à la mise en œuvre de protocoles, de stratégies de prévention et de mesures de sécurité afin de diminuer le risque d'accidents liés à la médication tout en faisant la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments.

Pour ajouter à la documentation et à l'information reliée à la gestion du changement sur le site, veuillez envoyer un courriel à info@ismp-canada.org ou téléphonez-nous au 416-733-3131 ou sans frais au 1-866-54-ISMP.

Ténectéplase (TNKase®)

L'option idéale pour les patients est d'avoir une disponibilité continue de ténectéplase. Si la ténectéplase n'est pas disponible, il est nécessaire d'avoir une solution alternative ainsi qu'un protocole de rechange, ce qui introduit un niveau de complexité supplémentaire. Plusieurs documents sont mis à la disposition dans le site d'échange des connaissances, dont des exemples de protocoles provenant d'autres organisations.



Le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM) est un regroupement pancanadien de Santé Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



Le CHUM, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, est le principal collaborateur francophone de l'ISMP Canada aux fins de traduction de la documentation et de la dispensation des formations concernées. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

Le CHUM est innovateur et exemplaire, il est doté d'un centre de recherche qui le distingue, il se démarque comme pôle unique de développement, de mise en pratique et de transfert des connaissances à travers ses activités intégrées de soins, de recherche, d'enseignement, d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé, et de promotion de la santé.



L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada est un organisme national indépendant à but non lucratif engagé à la promotion de l'utilisation sécuritaire des médicaments dans tous les secteurs de la santé. Les mandats de l'ISMP Canada sont les suivants : recueillir et analyser les déclarations d'incidents/accidents liés à l'utilisation des médicaments, formuler des recommandations pour prévenir les accidents liés à la médication et porter assistance dans le cadre des stratégies d'amélioration de la qualité.

.....
Veuillez noter que l'information présentée est fournie à titre informatif et ne constitue pas un avis formel de l'ISMP Canada ou du CHUM. Vous ne devez pas prendre de décision en vous fiant uniquement à ces renseignements. En tout temps, veuillez-vous référer aux normes qui régissent votre profession.
.....

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne :

www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm

Téléphone : 1-866-544-7672

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications.

Inscrivez-vous

Pour recevoir gratuitement le Bulletin "Bulletin de l'ISMP Canada", inscrivez-vous à l'adresse :

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Contactez-nous

Adresse courriel :

cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

.....
©2014 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite d'ISMP Canada.
.....