

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 15 • Numéro 1 • Le 5 février 2015

Un changement de teneur de la méthadone entraîne une surdose chez une patiente en post-partum

La méthadone est un analgésique opioïde synthétique puissant utilisé depuis des dizaines d'années, en association avec des services de soutien psychologique et social, pour la prise en charge et le traitement des dépendances à d'autres opioïdes¹. De nombreux incidents en lien avec la méthadone ont été signalés², et celle-ci continue d'être la cause de décès qui auraient pu être évités³. Ce bulletin décrit un incident au cours duquel une dose dix fois trop élevée de méthadone a été administrée après qu'un hôpital eut changé son approvisionnement en méthadone, passant d'une solution dosée à 1 mg/mL à un produit nouvellement sur le marché dosé à 10 mg/mL. Les conclusions et recommandations tirées à la suite de cette affaire sont présentées dans l'espoir d'empêcher qu'un tel événement ne se reproduise.

Exemple d'incident

Une patiente recevant un traitement d'entretien à la méthadone, à raison d'une dose quotidienne de 85 mg par voie orale, a été admise à l'hôpital après avoir accouchée à son domicile. Quelques heures après l'accouchement, la patiente a reçu une première dose de méthadone. Peu après, son mari a remarqué qu'elle devenait de plus en plus délirante et agitée. Tandis que l'effet sédatif se faisait peu à peu sentir, le personnel de l'hôpital est intervenu en administrant à la patiente de la naloxone par voie intraveineuse. Malgré plusieurs doses de naloxone, la fréquence respiratoire du patient a continué à chuter, entraînant

son transfert au service des soins intensifs, l'amorce d'une perfusion de naloxone, de nombreuses interventions, ainsi qu'un séjour prolongé à l'hôpital.

En raison de la surdose reçue, la patiente a perdu de précieuses occasions de créer des liens affectifs avec son nourrisson et a été avisée de ne pas allaiter. Elle a dû jeter son lait maternel puisqu'il était susceptible de contenir des concentrations élevées de méthadone pouvant nuire au bébé. En outre, le père a dû rester auprès du nourrisson au centre des naissances pour pratiquer la technique du peau à peau pendant le séjour de la mère au service des soins intensifs.

Le traitement à la méthadone a été temporairement suspendu et a repris lorsque la patiente a commencé à manifester des signes de sevrage. Les doses administrées étaient cependant beaucoup plus faibles que celles du traitement de maintien précédent. L'allaitement a été débuté au fur et à mesure que la dose de méthadone a été augmentée. Le nourrisson a fait un séjour prolongé à l'hôpital pour permettre au personnel médical de surveiller attentivement le sevrage des opioïdes et la toxicité potentielle avec l'introduction du lait maternel.

Une enquête sur l'incident a révélé que la première dose reçue par la patiente à l'hôpital était de 850 mg (soit 85 mL d'une solution de méthadone dosée à 10 mg/mL), plutôt que de 85 mg (soit 85 mL d'une préparation dosée à 1 mg/mL). Le changement

effectué par l'hôpital, qui utilise maintenant un produit plus concentré, a provoqué l'administration d'une dose dix fois trop élevée.

Contexte

Même si la méthadone est utilisée depuis longtemps dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, ses propriétés pharmacologiques (comme sa demi-vie longue et variable et une baisse rapide de la tolérance à l'arrêt du traitement) et certaines considérations particulières (comme les doses à emporter* et les doses fractionnées) ne sont pas comprises de tous². Ces lacunes sur le plan des connaissances peuvent exposer les patients recevant de la méthadone à des risques de préjudice associés à des incidents médicamenteux. Pour soutenir les professionnels dans la prise en charge des patients qui reçoivent de la méthadone à l'hôpital et dans la communauté, plusieurs autorités ont développé des lignes directrices cliniques^{4, 5}.

Le traitement de maintien à la méthadone demeure la façon la plus largement répandue de traiter la dépendance aux opioïdes. Comparativement à la consommation illicite d'opioïdes, qui comporte plusieurs risques et peut engendrer un bon nombre de complications, le traitement à la méthadone est sécuritaire et rentable, à condition que des mesures de sécurité appropriées soient en place^{6, 7}. La méthadone est considérée comme médicalement sans danger chez les femmes enceintes dépendantes aux opioïdes, ainsi que chez les femmes qui allaitent⁸. Des soins prénataux complets, y compris un traitement de maintien à la méthadone, peuvent réduire le risque de complications fœtales, obstétricales et néonatales résultant de la dépendance aux opioïdes^{1, 8, 9}.

Bien que les solutions orales de méthadone (Metadol-D) dosées à 1 mg/mL et à 10 mg/mL¹⁰ soient sur le marché depuis plus de dix ans, les pharmaciens communautaires avaient l'habitude d'utiliser la solution dosée à 1 mg/mL ou préparaient un mélange dosé à 5 mg/mL pour appuyer les programmes de maintien à la méthadone destinés aux patients ambulatoires. Toutefois, les organismes de

réglementation de plusieurs provinces ont récemment précisé qu'un nouveau produit dosé à 10 mg/mL, Methadose, sera désormais le seul médicament à base de méthadone pouvant faire l'objet d'un remboursement¹¹⁻¹³. Par conséquent, les pharmacies communautaires doivent garder en stock le produit à teneur plus élevée. Cependant, les pharmacies d'hôpitaux pourront choisir de garder l'une ou l'autre des teneurs ou encore les deux.

Discussion

Après la découverte de l'erreur, l'établissement a effectué une analyse complète et a relevé les facteurs contributifs suivants.

- Méconnaissance de l'existence d'un nouveau produit à base de méthadone dont la teneur est plus élevée, mais aussi du fait que l'hôpital a récemment changé pour ce nouveau produit : l'introduction d'une nouvelle teneur peut ajouter une certaine complexité, en plus d'entraîner des risques d'erreur lors des processus de prescription, de préparation, d'administration et de contrôle. Dans ce cas précis, l'erreur a été commise même si le pharmacien avait appliqué des étiquettes supplémentaires sur les flacons de méthadone (voir la figure 1). L'établissement avait aussi fourni de l'information proactive (par l'entremise de séances sur les lieux de travail, de courriels et d'affiches) pour aviser les professionnels du changement de concentration, efforts qui ont tous été reconnus par les membres du personnel.



Figure 1 : Flacon de méthadone muni d'un autocollant d'avertissement signalant la nouvelle concentration (utilisé lorsque l'incident s'est produit)

* Les doses à emporter sont des doses de méthadone que le patient est autorisé à emporter à la maison à des fins d'auto-administration; le patient n'a donc pas à se rendre à la pharmacie tous les jours pour recevoir sa dose. Ce privilège est accordé aux patients répondant à des critères précis⁴.

- Accessibilité d'un flacon de travail de méthadone dans l'armoire de distribution automatisée : les membres du personnel infirmier avaient accès à un flacon de 100 mL de méthadone dosée à 10 mg/mL au moment où l'erreur s'est produite. Le flacon de travail était convenablement doté d'un adaptateur pour seringue orale afin de prévenir l'écoulement de volumes inappropriés. Lorsque ce facteur a été reconnu comme ayant contribué à l'incident, l'établissement a étudié la possibilité de fournir la solution de méthadone concentrée en volumes plus petits. Cette approche a toutefois été rejetée lorsqu'un nouvel incident a été évité de justesse, le petit flacon ayant été confondu pour une dose unitaire qui a presque été administrée.
- Vérification de la dose administrée par un seul professionnel (c'est-à-dire, absence d'une double vérification indépendante).

Recommandations

Pour être plus efficaces, les plans de prévention des erreurs devraient incorporer une stratégie à plusieurs facettes² (étiquetage, enseignement, rappels). Les considérations suivantes sont proposées pour réduire le risque qu'un tel incident se reproduise, particulièrement dans le contexte d'un traitement de maintien à la méthadone :

Hôpitaux et pharmacies

- Fournir la solution de méthadone en doses unitaires adaptées à chaque patient, plutôt qu'en flacons dans la réserve du service. Cette approche permet d'éviter aux professionnels de première ligne de faire les calculs et les ajustements associés à la préparation du médicament.
 - Un exemple de liste de vérification et de fiche pour la préparation de doses unitaires de méthadone en pharmacie, conçues pour les utilisateurs finaux et testées auprès d'eux, est partagé à l'adresse suivante : www.albertahealthservices.ca/10880.asp, avec l'autorisation des Services de santé de l'Alberta.
- Ne conserver qu'une teneur de solution orale de méthadone à la pharmacie de l'hôpital. S'assurer que les systèmes de saisie des ordonnances indiquent la teneur de méthadone offerte.
 - Les organisations à plusieurs bâtiments devraient garder en stock une seule teneur de méthadone à tous leurs emplacements.
 - S'il est nécessaire de conserver plus d'une teneur en stock, des processus devraient être mis en place pour prévenir les erreurs (p. ex., différencier les produits par l'emballage et les étiquettes).
 - Penser à effectuer une analyse prospective chaque fois qu'un changement est envisagé afin de cerner les risques.
- Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des pratiques relatives à la double vérification indépendante des préparations de méthadone. Dans certaines circonstances, le patient pourrait être en mesure d'effectuer lui-même cette double vérification avant que le médicament ne lui soit administré.
- S'assurer que les membres du personnel qui participent aux soins des patients sous méthadone peuvent facilement accéder à des ressources pour les aider à prendre ces patients en charge (par exemple, de l'information relative aux paramètres de surveillance et aux signes, symptômes et traitements d'une surdose de méthadone).
- Élaborer des modèles d'ordonnance standardisés (pour les hôpitaux et autres établissements de santé) qui seront systématiquement utilisés par toutes les personnes autorisées à prescrire de la méthadone. Un tel système (un formulaire d'ordonnance préimprimé) est actuellement en place en Colombie-Britannique, où la Methadose est prescrite comme traitement de maintien à la méthadone dans la pratique communautaire¹².
- Effectuer une double vérification indépendante visuelle et écrite chaque fois qu'une dose de méthadone est préparée et administrée (tant à la pharmacie que dans les aires de soins).
- Dans l'ensemble du système d'utilisation des médicaments, les doses de méthadone doivent être inscrites en milligrammes (mg). Il faut donc s'assurer que les patients connaissent la dose de méthadone qu'ils reçoivent en milligrammes (mg), et non en millilitres (mL).
- Durant la transition vers une nouvelle teneur de méthadone :
 - Communiquer clairement le changement avant que celui-ci ne se produise, mais aussi après sa mise en œuvre.

- Retirer en même temps des réserves de l'établissement tous les produits dosés à la teneur originale, de façon à ce que seuls les produits dosés à la nouvelle teneur soient disponibles une fois le changement effectué. Les produits dosés à la nouvelle teneur devraient être clairement différenciés des produits précédents (par exemple, en apposant des étiquettes d'avertissement, en ayant recours à un emballage et à un étiquetage différents et en fournissant un communiqué explicatif avec le produit).
- Ajouter un avertissement visible (comme une étiquette complémentaire) aux contenants ou aux emballages de méthadone pour aviser les utilisateurs du changement de concentration. Si une étiquette complémentaire est appliquée, penser à indiquer la teneur en gras lorsque cette option typographique est offerte par le système informatique de la pharmacie.

Prescripteurs

- Rédiger les ordonnances de méthadone en servant de mots et de nombres, et indiquer les doses clairement en milligrammes (mg). Lorsque des ordonnances préimprimées ou des formulaires d'ordonnance sont utilisés, des renseignements supplémentaires, comme la teneur de méthadone ou le volume équivalent (s'il est connu), peuvent être ajoutés.

Conclusion

Tout changement apporté à un produit ou à un processus bien établi comporte un risque d'erreur fortuite. La période de transition vers les nouveaux produits ou processus est particulièrement importante dans le cas des médicaments de niveau d'alerte élevé comme la méthadone, où une erreur peut avoir des conséquences fatales. L'incident décrit dans ce bulletin illustre bien les risques et les conséquences associés à de tels changements.

Références

1. *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2002 [consulté le 16 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/methadone-bp-mp/methadone-bp-mp-fra.pdf.
2. « Methadone: not your typical narcotic! » *Bulletin de l'ISMP Canada* 2003 [consulté le 16 octobre 2014];3(12):1-2. Disponible sur : <http://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-12Methadone.pdf>.

Certaines provinces qui ont décidé que seul le nouveau produit (Methadose) pourrait faire l'objet d'un remboursement ont averti les professionnels de la santé de leur territoire respectif des risques d'erreur durant la période de transition¹¹⁻¹³. Toutefois, une simple mise en garde ne suffit pas à prévenir les incidents; des mesures de sécurité spécifiques doivent aussi être mises en place. Il est à espérer que les facteurs contributifs et les recommandations présentés dans ce bulletin fourniront aux hôpitaux et aux autres établissements de santé, de même qu'aux pharmacies communautaires et aux professionnels de la santé qui y sont associés, de l'information pertinente relative à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures de sécurité et d'initiatives d'amélioration de la qualité.

Remerciements

ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes d'avoir fourni leur expertise lors de l'examen de ce bulletin (en ordre alphabétique) :

Christine Koczmara, inf. aut., B.Sc.; Ryan Maltais, B.Sc. (pharmacologie), pharmacien autorisé, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario); Irene Njoroge, inf. aut., B.Sc.Inf. M.H.P. (candidate), infirmière clinicienne, Addiction Medicine Service, St Joseph's Health Centre, Toronto (Ontario); Sheryl Spithoff M.D., CCMF, médecin de famille spécialisée dans le traitement des dépendances, Women's College Hospital, Université de Toronto, Toronto (Ontario); Penny Tsang, pharmacienne, B.Sc. (pharmacologie), gérante de pharmacie, Rexall n° 9603, Toronto (Ontario).

3. « Accidents liés à la médication ayant causé un décès : Résultats d'une collaboration avec les bureaux provinciaux du coroner en chef et du médecin légiste en chef ». *Bulletin de l'ISMP Canada* 2013 [consulté le 17 octobre 2014];13(8):1-7. Disponible sur : http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMP2013-08_ResultatsPreliminairesInternationalMSSAOnco.pdf.
4. *La Methadose et la Politique de remboursement pour les traitements de maintien à la méthadone du Programme de médicaments de l'Ontario*. Toronto (Ontario) : Programmes publics de médicaments de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2014 [consulté le 16 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/cmmt_faq_pharmacists_20140620_f.pdf.
5. *Methadone maintenance program: clinical practice guideline*. Vancouver (C.-B.) : College of Physicians and Surgeons of British Columbia; février 2014 [révisé en juillet 2014; consulté le 13 janvier 2015]. Disponible sur : <https://www.cpsbc.ca/files/pdf/MMP-Clinical-Practice-Guideline.pdf>.
6. Volkow ND, Frieden TR, Hyde PS, Cha SS. « Medication-assisted therapies—tackling the opioid-overdose epidemic ». *N Engl J Med*. 2014;370(22):2063-2066.
7. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. « Traitement de maintien à la méthadone versus absence de traitement de substitution des opiacés contre la dépendance aux opiacés ». Base de données des revues systématiques Cochrane. 2009(3):CD002209.
8. « Opioids ». Dans : Centre de toxicomanie et de santé mentale – Knowledge Exchange [site Web]. Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2009 [consulté le 23 octobre 2014]. Disponible sur : http://knowledgex.camh.net/primary_care/guidelines_materials/pregnancy_lactation/pages/per_opioids.aspx.
9. National Consensus Development Panel on Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. « Effective medical treatment of opiate addiction ». *JAMA*. 1998;280(22):1936-1943.
10. *Metadol-D* [monographie]. Saint-Laurent (Québec) : Paladin Labs, Inc.; révisé le 17 février 2014 [consulté le 22 avril 2014]. Disponible sur : http://www.paladin-labs.com/fr/our_products/Metadol-D_Fr.pdf.
11. *Avis de l'administrateur : Politique de remboursement pour les traitements de maintien à la méthadone du Programme de médicaments de l'Ontario*. Toronto (Ontario) : Programmes publics de médicaments de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2014 [consulté le 16 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/exec_office_20140620_f.pdf.
12. « Updates from the methadone maintenance program ». College Connector [College of Physicians and Surgeons of British Columbia]. 2013 [consulté le 22 avril 2014];1(3). Disponible sur : <https://www.cpsbc.ca/for-physicians/college-connector/2013-V01-03/07>.
13. « Methadone reimbursement procedure ». Winnipeg (Manitoba) : Santé Manitoba, ministère de la Vie saine et des Aînés; 9 octobre 2014 [consulté le 22 octobre 2014]. Disponible sur : <http://mpha.in1touch.org/uploaded/web/Legislation/MB%20Health%20QA%20to%20Pharmacists%20-%20Methadose.pdf>.

Étiquetage des médicaments et recours aux lettres majuscules pour l'écriture des noms de certains médicaments de niveau d'alerte élevé

Les leçons tirées des incidents médicamenteux signalés ont permis de cerner les médicaments les plus souvent associés à de tels incidents nocifs et de déterminer les facteurs y contribuant. L'un des principaux thèmes issus des analyses qualitatives est la confusion entre deux médicaments dont les noms se lisent ou se prononcent de façon semblable.

Le recours aux majuscules requiert l'utilisation de HAUTS DE CASSE pour l'écriture de certaines syllabes ou de certains groupes de lettres dans les noms de produits afin d'attirer l'attention sur les dissemblances entre ces noms. Par exemple : vinCRlistine/vinBLAstine.

Nous avons besoin de la participation et des commentaires des professionnels de la santé canadiens. Veuillez remplir un bref sondage pour nous aider à déceler les noms de médicaments susceptibles d'être confondus et pour nous fournir des suggestions ou des commentaires quant à l'utilisation de lettres majuscules.

Répondre au [sondage](https://www.ismp-canada.org/TALLman/survey.php) (<https://www.ismp-canada.org/TALLman/survey.php>).

Date limite pour soumettre un sondage est le **20 février 2015**.

**VOTRE PARTICIPATION
EST REQUISE**

Incidents liés à la méthadone dans les pharmacies communautaires

La méthadone est un opioïde synthétique à action prolongée prescrit pour la prise en charge de la douleur chronique et le traitement de la dépendance aux opioïdes dans le cadre de traitements de maintien à la méthadone¹. Ce médicament comporte des avantages dans les milieux cliniques, mais les questions relatives à son innocuité dans le processus d'utilisation des médicaments continuent de poser problème aux professionnels de la santé. Le caractère unique de ses propriétés pharmacocinétiques et la complexité des exigences relatives à sa délivrance font de ce médicament l'un des agents les moins bien compris dans le milieu communautaire; son utilisation est donc fondamentalement plus susceptible d'engendrer des incidents médicamenteux.

Le Programme de déclaration des incidents à l'intention des pharmacies communautaires créé par ISMP Canada est utilisé de façon volontaire par les pharmacies communautaires des quatre coins du pays pour analyser les vulnérabilités sous-jacentes au processus et au système qui contribuent aux incidents médicamenteux dans le secteur des soins de santé dans le but de prévenir des incidents futurs. Afin de cerner des aspects précis à la source de problèmes relatifs au traitement à la méthadone dans la communauté, des données ont été recueillies à partir des incidents signalés dans le cadre du programme entre avril 2010 et août 2012². Au total, 72 incidents en lien avec la méthadone ont été inclus dans une analyse qualitative d'incidents multiples réalisée par deux analystes indépendants².

L'analyse a permis de mettre en lumière deux thèmes sous-jacents qui ont facilité la survenue d'incidents liés à la méthadone. Le premier thème porte principalement sur des caractéristiques spécifiques à la méthadone, avec des sous-thèmes en lien avec la préparation en pharmacie et le biais de confirmation². Lors des incidents relatifs à la préparation, les pharmacies avaient soit délivré, soit préparé des doses erronées, entraînant l'administration d'une dose insuffisante ou d'une surdose². Les incidents relatifs au biais de confirmation se sont produits parce que des membres du personnel de la pharmacie se sont appuyés sur de l'information inexacte pour émettre des hypothèses ou pour vérifier ou préparer les ordonnances. Les facteurs ayant pu contribuer aux incidents appartenant à ce thème comprenaient, mais non de façon limitative, les distractions environnementales, l'absence de double vérification indépendante et le manque de communication entre les professionnels de la santé impliqués². Pour empêcher ces types d'incidents de se reproduire, ISMP Canada recommande, entre autres, d'aligner les pratiques en matière de rédaction d'ordonnances à celles que l'on retrouve dans les lignes directrices pour la prescription de la méthadone, d'ajouter une étape de double vérification indépendante et de réévaluer toutes les doses prescrites après chaque ajustement².

Le deuxième thème principal émergeant de cette analyse comprend le processus d'utilisation des médicaments, à savoir les étapes de la prescription, de l'entrée des ordonnances, de la distribution et de l'administration². Parmi les facteurs ayant pu contribuer aux incidents faisant partie de ce thème, notons une prescription inappropriée, des protocoles d'entrée d'ordonnances inappropriés, le stockage non nécessaire de doses de méthadone déjà préparées et l'utilisation de plusieurs solutions de travail à différentes teneurs². Les recommandations visant à corriger ces vulnérabilités comprennent l'utilisation de formulaires d'ordonnance standardisés préimprimés, la préparation de la méthadone dans un endroit de la pharmacie réservé à cet effet et la mise en œuvre d'une étape de double vérification indépendante².

Le [rapport d'analyse complet](https://www.ismp-canada.org/download/PharmacyConnection/PC2013Summer_MethadoneMedicationIncidents.pdf) peut être consulté à l'adresse suivante (en anglais seulement) :
https://www.ismp-canada.org/download/PharmacyConnection/PC2013Summer_MethadoneMedicationIncidents.pdf

Références

1. « Methadone: not your typical narcotic! » Bulletin de l'ISMP Canada 2003 [consulté le 10 novembre 2014];3(12):1-2. Disponible sur : <http://ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-12Methadone.pdf>
2. Kawano A, Kong JH, Ho C. « Methadone medication incidents ». *Pharm Connect* [Ordre des pharmaciens de l'Ontario] 2013 [consulté le 10 novembre 2014];20(3):38-41. Disponible sur : https://www.ismp-canada.org/download/PharmacyConnection/PC2013Summer_MethadoneMedicationIncidents.pdf



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 la sécurité des médicaments aux patients 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 la sécurité des médicaments aux patients 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. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

Inscrivez-vous

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

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Ce bulletin partage des informations sur les pratiques de médication sécuritaires, est non commerciale, et est par conséquent exempté de la législation anti-pourriel canadienne.

Contactez-nous

Adresse courriel : cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

.....
©2015 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients 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.
.....