

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 21 - Numéro 10 - Le 11 novembre 2021

Manque de formulations pédiatriques – un appel à l'action

Bon nombre des prescriptions pédiatriques sont considérées comme correspondant à un emploi non conforme à l'étiquette (« non indiqué » ou « hors indication ») parce que le médicament n'a pas fait l'objet d'une évaluation et d'une approbation par Santé Canada pour un usage pédiatrique¹. Lorsque la formulation appropriée d'un médicament prescrit à un patient pédiatrique n'est pas offerte sur le marché, la pharmacie pourrait avoir à exécuter la préparation magistrale du médicament ou le prestataire de soins aura à manipuler un médicament pour adulte. Ce bulletin relate deux incidents rapportés récemment impliquant des prescriptions pédiatriques qui font valoir la nécessité d'améliorer le système.

INCIDENT N° 1

De la clonidine a été prescrite à un patient pédiatrique pour un emploi non conforme, à raison de 0,025 mg (25 mcg). Le patient ayant de la difficulté à avaler des pilules ou du liquide, la pharmacie a entrepris, après avoir consulté le prescripteur, de préparer le médicament en formule gélifiée. Au cours du processus de préparation, une erreur s'est produite, incorporant 1 000 fois trop de poudre de clonidine, de sorte que le médicament gélifié contenait 25 mg plutôt que 25 mcg (microgrammes) de clonidine. L'enfant a mastiqué brièvement le premier gélifié avant de le recracher, mais les effets d'hypotension et de bradycardie ont entraîné son hospitalisation.

INCIDENT N° 2

Un médicament a été prescrit pour un emploi non conforme afin de traiter un jeune enfant atteint d'un trouble épileptique et qui ne pouvait pas prendre un médicament alternatif. En l'absence d'une formule de préparation, le pharmacien, prenant la mesure des risques, a donné aux parents la directive de couper le comprimé en quatre pour obtenir la dose appropriée pour l'enfant. Dans le rapport d'incident, le parent décrit le fastidieux défi quotidien que représentait la tâche de soigneusement couper en quatre le petit comprimé (illustration 1) pour obtenir la dose prescrite, puis de mélanger la dose à de la nourriture et de réussir ensuite à faire avaler toute la nourriture à l'enfant afin de s'assurer que la pleine dose ait bien été ingérée.

Illustration 1. Taille du comprimé prescrit (encadré en rouge) par rapport aux millimètres figurant sur la règle. (Photo adaptée, courtoisie du déclarant)



CONTEXTE

Selon la réglementation fédérale en vigueur au Canada, les fabricants de médicaments susceptibles d'être utilisés par des enfants ne sont pas tenus de fournir des données pédiatriques^{2,3}. Aux États-Unis (É.-U.) ainsi qu'au sein de l'Union européenne (UE), les fabricants doivent recueillir des données pédiatriques en de telles circonstances^{4,5}. Le faible rendement de l'investissement pour les fabricants (étant donné la population peu élevée du Canada), le manque de directives réglementaires expressément élaborées pour la population pédiatrique, ainsi que les retards dans les remboursements des formulations pédiatriques prévus dans le cadre des régimes publics d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux sont autant de facteurs qui contribuent sans doute au manque de produits disponibles sur le marché au Canada². Une récente publication indiquait que 48 % des préparations magistrales de médicaments exécutées en hôpital pédiatrique au Canada sont disponibles sur le marché en formules adaptées aux enfants ailleurs qu'au Canada⁶.

Lorsqu'un médicament est prescrit à un nourrisson ou à un enfant et qu'une formulation pédiatrique appropriée n'est pas disponible sur le marché, il faut manipuler soit une dose adulte, soit le principe actif sous forme de poudre en vrac pour créer le produit final⁷. La préparation compte de multiples étapes et calculs qui engendrent des risques accrus en matière de stabilité, d'efficacité thérapeutique et de sécurité du médicament^{8,9}.

Les conséquences dévastatrices d'erreurs de préparation de formulations pédiatriques de médicaments^{10,11} ont contribué à l'élaboration de pratiques plus sécuritaires, y compris celles énoncées récemment dans le modèle de normes relatives à la préparation de produits établi par l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP)¹². Bon nombre d'instances canadiennes s'appliquent à mettre en œuvre les normes de l'ANORP. Des balises de protection du système visant à réduire les risques associés à la préparation de produits sont également décrites

dans [L'Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments^{MD} \(AÉUSM\)](#) axée sur les « événements qui ne devraient jamais arriver » dans les pharmacies communautaires.

DISCUSSION

Dans le cas du premier incident impliquant une erreur de dosage mille fois trop élevé, la dose prescrite était de 0,025 milligrammes [mg]*. Durant le processus de préparation, il y a eu confusion, dans la feuille de formules, entre milligrammes et grammes pour la conversion de l'unité de mesure de la poudre de clonidine. Le produit final comptait 0,025 grammes de clonidine (plutôt que 0,025 milligrammes) par gélifié. Antérieurement, des recommandations ont été faites et mises en œuvre visant à utiliser des comprimés de clonidine au lieu de poudre de clonidine pour la préparation de formes buvables à usage pédiatrique¹¹. Les formulations à base de comprimés pour la clonidine en suspension sont disponibles pour permettre d'éviter les erreurs^{13,14}. L'occasion est propice à explorer la possibilité que cette balise de protection soit aussi applicable à la préparation de produits sous forme de gélifiés.

Dans le second incident, le médicament anticonvulsivant est disponible sur le marché sous forme de préparation buvable tant aux É.-U. qu'en UE, mais pas au Canada¹⁵. L'offre de préparations commerciales liquides facilite la mesure exacte de petites doses couramment requises en pédiatrie.

Dans une étude pancanadienne datant de 2018, les pharmaciens en milieu hospitalier ont déterminé que la clonidine et plusieurs médicaments anticonvulsivants constituaient les préparations de formulations pédiatriques orales qui seraient les plus utiles à commercialiser au Canada¹⁶. Cependant, plusieurs années se sont écoulées depuis, et la préparation magistrale en pharmacie est encore requise pour bon nombre de ces médicaments¹⁷. Les produits fabriqués commercialement sont soumis à des contrôles de qualité plus rigoureux et comportent ainsi un risque d'erreur moins élevé que des produits préparés sur mesure.

* Digne de mention : les doses pédiatriques de clonidine sont souvent exprimées en microgrammes [mcg] par kilogramme [kg] dans la littérature médicale. Les pharmaciens doivent donc être conscients que la posologie prescrite peut aussi correspondre à des doses en mcg.

RECOMMANDATIONS

Les stratégies suivantes sont recommandées pour satisfaire aux besoins des patients en pédiatrie.

Santé Canada

- Mise à jour du cadre réglementaire afin qu'une demande d'autorisation pour patients pédiatriques (études pédiatriques canadiennes ou données de l'étranger à l'appui) soit exigée lorsque l'usage pédiatrique d'un médicament est prévu³.
- Élaborer des lignes directrices claires pour aider les fabricants à répondre aux critères de réglementation².

Programmes publics d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux

- Coordonner les décisions en matière de remboursement de produits avec le processus d'approbation de Santé Canada afin de réduire au minimum le laps de temps entre la disponibilité du produit commercial (*qui ne pourrait ainsi, selon la réglementation, plus faire l'objet d'une préparation magistrale*) et le remboursement aux patients.

Prescripteurs

- Au moment de prescrire des médicaments non indiqués pour usage pédiatrique (c.-à-d. dont l'emploi est non conforme aux directives indiquées sur l'étiquette), discuter avec les parents des risques et bienfaits. Offrir, dans la mesure du possible, d'autres solutions thérapeutiques comparables.
- Indiquer le poids du patient sur la prescription ainsi que les paramètres de posologie en fonction du poids (p. ex. microgrammes par kilogramme pour la clonidine) afin de faciliter des vérifications supplémentaires par le pharmacien.
- Écrire tout au long le dosage du médicament, sans abréviations, en accordant une vigilance particulière à la lisibilité là où cela serait utile (p. ex. précisant « **milligramme** » ou « **microgramme** » pour les doses de clonidine). Exprimer la dose en quantité ou en puissance, pas en volume (en millilitres [mL]) ni en fraction de comprimé.

- Migrer à la rédaction électronique des prescriptions ou à des ordonnances générées par ordinateur afin de réduire les risques d'interprétation erronée associés aux ordonnances manuscrites ou transmises verbalement.

Gestionnaires de pharmacies, pharmaciens et techniciens en pharmacie

- Communiquer avec le prescripteur pour s'assurer qu'il sache que le médicament doit faire l'objet d'une préparation en formule adaptée au patient pédiatrique. Offrir d'autres solutions thérapeutiques comparables, dans la mesure du possible, et ne procéder à la préparation magistrale du produit que si les avantages surpassent les risques potentiels.
- Utiliser les formules maîtresses standardisées qui sont bien établies, régulièrement actualisées, inscrire la justification du choix d'ingrédients et utiliser des unités de mesure harmonisées au sein des systèmes électroniques et entre eux¹¹. Pour les médicaments qui peuvent être dosés en microgrammes, l'usage de comprimés ou de capsules disponibles sur le marché devrait être envisagé pour élaborer une formule maîtresse.

Sources canadiennes sélectionnées pour les formulations pédiatriques (en ordre alphabétique)

Children's Hospital of Eastern Ontario (Ottawa)
https://www.cheo.on.ca/en/clinics-services-programs/pharmacy.aspx?_mid_=18253

CHU Sainte-Justine (Montréal)
<https://www.chusj.org/soins-services/P/Pharmacie/Outils/Formulations-magistrales>

Hospital for Sick Children (Toronto)
<https://www.sickkids.ca/en/care-services/for-health-care-providers/compounding-service/>

IWK Health Centre (Halifax)
<https://www.iwk.nshealth.ca/pharmacy/iwk-compounding-formulas>

Cela réduira l'incidence d'erreurs de doses mille fois trop élevées qui surviennent en pesant des substances actives en poudre.

- Procéder à la mise à jour des logiciels en pharmacie pour l'exécution des ordonnances ainsi que des formules maîtresses, en intégrant une alerte concernant les préparations magistrales d'ordonnances de clonidine. Par exemple : « Attention : des erreurs de doses 1 000 fois trop élevées sont survenues avec la clonidine; calculs et poids à vérifier trois fois. ».
- Exiger et documenter, sur une feuille de travail standardisée, une double vérification signée et indépendante pour chacun des produits faisant l'objet d'une préparation magistrale. Le [Document d'orientation relativement à la préparation de produits non stériles en pharmacie](#) de l'ANORP fournit des lignes directrices détaillées¹².
- Utiliser de l'équipement moderne (p. ex. une balance numérique) calibrée avec précision et affichant clairement les unités de mesure. Une balance qui imprime le poids permet une vérification documentée.
- Mettre en œuvre l'usage d'identifiants uniques des ingrédients comme partie intégrante du processus de préparation magistrale; par exemples, le numéro DIN d'identification du médicament ou le numéro CAS (Chemical Abstracts Service) et l'identification automatisée (p. ex. la lecture de code à barres).
- Pour un patient pédiatrique, saisir ou mettre à jour le poids du patient dans le système de la pharmacie avant de saisir une nouvelle ordonnance. En pharmacie, mettre une balance (programmée en kilogrammes) à la disposition des patients pédiatriques pour les peser, s'il y a lieu.
- Activer ou demander des alertes dans le logiciel de pharmacie pour qu'il signale toute dose excédant la dose pédiatrique maximale à administrer en fonction du poids.
- Réduire au minimum la nécessité, pour la personne soignant l'enfant, de manipuler le produit afin de lui administrer la dose exacte. Par exemple, pour une dose correspondant à un demi comprimé, offrir de couper les comprimés en pharmacie au lieu de dispenser des comprimés entiers que la personne soignant l'enfant aura à couper à la maison.

Organisations élaborant des formules maîtresses

- Publier des formules dans des ouvrages de référence facilement accessibles. L'usage constant et généralisé de formules normalisées et validées (avec des concentrations normalisées désignées par médicament) favorisera des pratiques sécuritaires de préparation magistrale et des améliorations continues.
- Élaborer des formules qui incorporent des formes de dosage disponibles sur le marché (p. ex. pour des médicaments qui peuvent être dosés en microgrammes)¹⁸. Le risque d'erreur peut être réduit en tentant d'éviter le plus possible de peser de petites quantités d'un principe actif.

CONCLUSION

Dans les deux incidents décrits ci-dessus, le manque de formulations pédiatriques appropriées a imposé le recours à une solution de rechange pour la médication; cela a provoqué des conséquences nocives ou potentiellement nocives pour les patients. Ce bulletin propose des recommandations et des stratégies à Santé Canada, aux programmes publics d'assurance-médicaments provinciaux et territoriaux, aux prescripteurs, professionnels des pharmacies, ainsi qu'aux organisations concernées par l'élaboration de formules de préparations magistrales. L'objectif est de faire progresser la disponibilité de formulations pédiatriques commerciales ainsi que la sécurité des produits faisant l'objet d'une préparation magistrale.

REMERCIEMENTS

ISMP Canada est reconnaissante envers les consommateurs, les professionnels de la santé et les organisations d'avoir signalé les incidents médicamenteux pour fins d'analyse et d'acquisition de connaissances. Nous remercions également la revue experte de ce bulletin par les personnes suivantes (en ordre alphabétique) : Christina Adams RPh B.Sc.(phm.) RPAC DPLA, pharmacienne en chef, Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux, Ottawa, Ont.; Wendy Bordman RPh, B.Sc.(phm.), CDE, directrice, pharmacie,

The Hospital for Sick Children; Andrea Gilpin Ph. D., MBA, ICD.D, directrice générale, et Sophie Bérubé B.Pharm., M. Sc., directrice de recherche scientifique et clinique, Goodman Pediatric Formulations Centre, Montréal, Qc; Claudia Janiszewski RPh PharmD, pharmacienne clinicienne, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital, Toronto; Dana Lyons RPhT, directrice technique, Centre provincial des opérations, Services de santé Alberta (AHS), Alb.; Anastasia Shiamptanis PharmD, M.Sc.S.; registraire, Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Moncton, N.-B.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

1. ISMP Canada, *Med Safety Exchange Webinar Series: Goodman Pediatric Formulations Centre*; 22 septembre 2021 [référence consultée le 18 octobre 2021]. Accessible au : https://www.youtube.com/watch?v=eDNl6hW_tVA
2. Hepburn, C. M., A. Gilpin, J. Autmizguine, A. Denburg, L. L. Dupuis, Y. Finkelstein, et al., *L'amélioration des médicaments à usage pédiatrique : une prescription pour les enfants et les adolescents canadiens*, *Paediatr Child Health*, 2019; 24(5) : 333-335.
3. *Health Canada's proposed pediatric drug action plan: insights and feedback* [diaporama], Montréal (Qc) : Centre de formulations pédiatriques de la famille Rosalind et Morris Goodman du CHU Sainte-Justine; 3 février 2021 [référence consultée le 19 juillet 2021]. Accessible au : <http://gpfccanada.com/wp-content/uploads/2021/03/2021-02-05-PDAP-Workshop-Presentation-Post-Workshop-PDF.pdf>
4. *Les produits pharmaceutiques sur ordonnance au Canada – Emploi non conforme à l'étiquette*, Ottawa (Ont.) : Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie; janvier 2014 [référence consultée le 16 juillet 2021]. Accessible au : <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/412/soci/rep/rep05jan14-f.pdf>
5. *Paediatric investigation plans*, Amsterdam (Pays-Bas) : European Medicines Agency; 2021 [référence consultée le 16 juillet 2021]. Accessible au : <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/paediatric-medicines/paediatric-investigation-plans>
6. Litalien, C., J. Autmizguine, A. Carli, D. Giroux, D. Lebel, J. Leclerc, et al., *Providing Suitable Pediatric Formulations for Children: a call for action*, *Can J Hosp Pharm*, 2020; 73(4) : 247-56 [référence consultée le 24 octobre 2021]. Accessible au : <https://www.cjhp-online.ca/index.php/cjhp/article/view/3023>
7. Ivanovska, V., C. M. A. Rademaker, L. van Dijk et A. K. Mantel-Teeuwisse, *Pediatric drug formulations: a review of challenges and progress*, *Pediatrics*, 2014; 134(2) : 361-372.
8. Wong, I. C. K., L. Y. L. Wong et N. E. Cranswick, *Minimising medication errors in children*, *Arch Dis Child*, 2009; 94(2) : 161-164.
9. McLaughlin, T., G. Jong, A. Gilpin et C. M. Hepburn, *Pharmacare in Canada: the paediatric perspective*, *Paediatr Child Health*, 2020; 25(2) : 113-118.
10. *Un décès causé par une erreur de préparation de médicament en pharmacie renforce le besoin de mettre l'accent sur la sécurité*, ISMP Canada, Bulletin du 25 mai 2017. [référence consultée le 20 juillet 2021]; 17(5) : 1-5. Accessible au : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2017/BISMPC2017-05-Tryptophane.pdf>
11. *Clonidine en suspension orale : Préjudices subis par des enfants en raison d'une concentration 1 000 fois supérieure à la dose prescrite*, ISMP Canada, Bulletin du 23 février 2011 [référence consultée le 20 juillet 2021]; 11(1) : 1-3. Accessible au : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2011-01.pdf>
12. *Modèle de normes relatives à la préparation de produits non stériles en pharmacie*, Ottawa (Ont.) : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; 2018 [référence consultée le 24 octobre 2021]. Accessible au : <https://napra.ca/fr/ressources-pour-lexercice-de-la-pharmacie/modele-de-normes-relatives-la-preparation-de-produits-non>
13. *Compounding pharmacy services: compounding recipes index*, Toronto (Ont.) : The Hospital for Sick Children; 2021 [référence consultée le 19 juillet 2021]. Accessible au : <https://www.sickkids.ca/en/care-services/for-health-care-providers/compounding-service/>
14. *Compounding formulas*, Ottawa (Ont.) : Children's Hospital of Eastern Ontario, Pharmacy; [référence consultée le 19 juillet 2021]. Accessible au : https://www.cheo.on.ca/en/clinics-services-programs/pharmacy.aspx?_mid_=18253
15. *Vimpat (lacosamide)*, Bruxelles (Belgique) : UCB S.A. Belgium; 24 nov 2020 [référence consultée le 16 août 2021]. Accessible au : <https://www.ucb.com/our-products/Products/vimpat%C2%AE-epilepsy>
16. Gilpin, A., J. Autmizguine, Z. Allakhverdi, J. E. Tessier, D. Giroux, D. Lebel, et al., *A pan-Canadian study on the compounded medicines most in need of commercialized oral pediatric formulations* [abstract], *Paediatr Child Health*, 2018; 23 (Suppl 1) : e53.
17. *Who we are* [webpage], Montréal (Qc) : Centre de formulations pédiatriques Goodman; fév 2021 [référence consultée le 19 juillet 2021]. Accessible au : <https://gpfccanada.com/about/>
18. *Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments : Se concentrer sur les « événements qui ne devraient jamais arriver » dans les pharmacies communautaires*. Toronto (Ont.) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada); 2021 [référence consultée le 9 septembre 2021]. Accessible au : <https://mssa.ismp-canada.org/data/never-events-cp/AEUSM-jamais-pc.pdf>

Améliorer la sécurité des préparations pharmaceutiques en utilisant les numéros CAS

Pour faire suite au décès d'un jeune garçon survenu en raison d'une erreur de préparation de médicament, ISMP Canada a recommandé aux fabricants d'attribuer un numéro d'identification unique à l'étiquette des principes actifs reconditionnés qui sont utilisés dans la préparation¹. Le numéro d'enregistrement CAS (Chemical Abstracts Service) est un identifiant numérique unique, mondialement reconnu, attribué à chaque substance chimique.

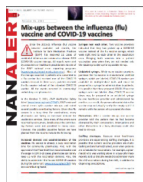
En 2019, HealthPRO, un groupe d'approvisionnement canadien en soins de santé, ajoutait le numéro de CAS à son portail d'approvisionnement en ligne². Depuis, HealthPRO et ISMP Canada font équipe sur un projet visant à améliorer la conception des étiquettes des principes actifs utilisés dans les préparations, et ce, afin d'en améliorer la sécurité². S'inscrivant dans ce projet, un panel consultatif pancanadien (comprenant des pharmaciens spécialisés en préparations, des associations de pharmaciens, des établissements en reconditionnement de produits chimiques et des instances de réglementation) a établi un consensus sur les principaux éléments d'étiquetage des principes actifs. Le panel a résolu à l'unanimité que le numéro de CAS constitue une information cruciale requise sur l'étiquette de chacun de ces produits.

L'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie (ANORP) a intégré le numéro de CAS comme identifiant unique des principes actifs dans leur modèle de registre de formules maîtresses³. Les numéros de CAS peuvent être utilisés tout au long du processus de préparation, y compris dans la saisie de l'ordonnance, dans l'élaboration de la formule maîtresse et dans les différentes étapes de vérification. L'utilisation des numéros de CAS contribuera à s'assurer que le principe actif exact soit sélectionné et, ultimement, que la sécurité des patients soit améliorée.

Références

1. *Un décès causé par une erreur de préparation de médicament en pharmacie renforce le besoin de mettre l'accent sur la sécurité*, ISMP Canada, Bulletin du 25 mai 2017 [référence consultée le 3 octobre 2021]; 17(5) : 1-5. Accessible au : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2017/BISMP2017-05-Tryptophane.pdf>
2. *Better labelling lowers the risk of harm: HealthPRO and ISMP Canada partner to develop guidelines*, Mississauga (Ont.) : HealthPRO Procurement Services Inc.; 16 mars 2021 [référence consultée le 3 octobre 2021]. Accessible au : <https://www.healthprocanada.com/better-labelling-lowers-the-risk-of-harm-healthpro-and-ismc-canada-partner-to-develop-guidelines>
3. *Fill and print materials from the Guidance Document for Pharmacy Compounding of Non-sterile Preparations*, Ottawa (Ont.) : Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie; 18 mars 2018 [référence consultée le 21 octobre 2021]. Accessible au : https://napra.ca/sites/default/files/2021-10/Fillable%20Forms%20-%20Combined_v2_2021-09-27.pdf

Alerte NAN aux É.-U. : Confusion entre vaccins contre la COVID-19 et vaccins antigrippaux



Une **Alerte NAN** diffusée récemment aux États-Unis faisait état de nombreux rapports d'administration, dans des pharmacies communautaires ou ambulatoires, de vaccins contre la COVID-19 ou antigrippaux, qui ont été confondus par inadvertance. Dans la plupart des cas, les patients ont reçu un vaccin contre la COVID-19 au lieu du vaccin antigrippal. Selon les rapports reçus, de nombreuses stratégies visant à prévenir de telles erreurs sont communiquées¹.

Au moment de cette publication, ISMP Canada n'avait pas reçu de rapports de tels incidents de mélange entre produits. Veuillez continuer de déclarer les erreurs relativement aux vaccins contre la COVID-19 et aux vaccins antigrippaux au moyen de vos programmes de déclaration obligatoire (selon le cas). Les rapports peuvent aussi être fournis à ISMP Canada par le Formulaire de déclaration d'incident/d'accident lié à la médication pour les professionnels de la santé à https://www.ismp-canada.org/fr/form_dec.htm par le signalement d'une erreur médicamenteuse par le consommateur à <https://www.erreurmed.ca/>

Référence

1. *Mix-ups between the influenza (flu) and COVID-19 vaccines*, NAN Alert, National Alert Network, 15 octobre 2021 [référence consultée le 18 octobre 2021]. Accessible au : <https://www.nccmerp.org/sites/default/files/nan-20211015-covid-flu.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 Excellence en santé Canada (ESC). Le SCDPIM a pour but de réduire et de prévenir les incidents médicamenteux indésirables au Canada.



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.

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@ismpcanada.ca

Téléphone : 1-866-544-7672

©2021 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.