

L'accès non autorisé à la méthadone dans une pharmacie communautaire contribue à un décès

- *Veiller à ce que les aires de préparation et d'entreposage de la méthadone soient toujours supervisées par le personnel de la pharmacie et n'offrent pas de possibilité d'accès non autorisé aux patients.*
- *Ranger la méthadone sécuritairement, hors de la vue du public.*
- *Vérifier l'inventaire des stupéfiants plus fréquemment que tous les 6 mois, effectuer des comptages quotidiens et vérifier l'inventaire des substances réglementées fréquemment distribuées, comme la méthadone.*
- *Sensibiliser les membres du personnel à reconnaître une personne qui éprouve une crise de santé mentale et leur donner les moyens de faire un suivi concernant leurs préoccupations auprès du patient et des prestataires de soins de santé pertinents.*
- *Veiller à ce que l'on ait accès à un protocole de préparation en cas de situations d'urgence pour guider le personnel lors de situations comme une surdose d'opioïdes ou un patient qui évoque des idées suicidaires.*

En tant qu'agoniste opioïde, la méthadone est le plus souvent utilisée comme pharmacothérapie fondée sur des données probantes pour les personnes vivant avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes. La méthadone a un indice thérapeutique étroit et un dosage

inapproprié peut causer de graves préjudices^{1,2}. Dans le cadre d'une collaboration continue avec un service provincial d'enquête sur les décès, l'ISMP Canada a reçu une déclaration décrivant le décès d'une personne qui avait ingéré une grande quantité de méthadone obtenue de façon inappropriée dans une pharmacie communautaire. Ce bulletin met en évidence les facteurs contributifs identifiés lors de l'analyse de l'incident et propose des stratégies visant à améliorer la sécurité de la méthadone dans les pharmacies communautaires.

DESCRIPTION DE L'INCIDENT

Un patient recevait de la buprénorphine-naloxone (« Suboxone » ou un équivalent générique) de sa pharmacie communautaire habituelle pour le traitement d'un trouble lié à l'usage d'opioïdes. Le jour de l'incident, le patient avait sauté par-dessus le comptoir des ordonnances pour atterrir dans l'aire réservée au personnel qui était sans surveillance. Il y trouve une bouteille contenant de la méthadone et commence à boire le liquide directement de la bouteille. Le personnel de la pharmacie a immédiatement appelé la police et les services médicaux d'urgence (SMU) et essaya d'empêcher le patient de boire davantage de méthadone.

Pendant le transport à l'hôpital, le patient était alerte et parlait aux ambulanciers. Une fois à l'hôpital, l'état du patient commença à se détériorer rapidement. Malgré l'intubation, l'administration de la naloxone

et d'autres interventions, le patient est mort le lendemain en raison d'une défaillance de plusieurs organes et à une toxicité aiguë liée à la méthadone.

FACTEURS CONTRIBUTIFS

De nombreux facteurs contributifs de cet incident et du préjudice associé ont été identifiés. Les facteurs les plus pertinents pour les pharmacies communautaires sont présentés ci-dessous.

Entreposage et administration de la méthadone

En vertu du *Règlement sur les stupéfiants* faisant partie de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* fédérale, « Le pharmacien doit prendre toutes les mesures raisonnables qui sont nécessaires pour protéger contre la perte ou le vol les stupéfiants qui se trouvent dans son établissement ou dont il a la garde »³. Bien que le règlement ne précise pas les procédures ou les politiques exactes qu'une pharmacie doit mettre en œuvre, les ordres provinciaux et territoriaux de pharmaciens ont mis au point une variété de ressources pour aider leurs membres à respecter cette disposition⁴⁻⁷.

Dans l'incident décrit ci-dessus, une alcôve du côté du dispensaire principal de la pharmacie servait à l'entreposage, la préparation et la distribution de la méthadone. Cette alcôve avait une entrée privée pour les patients et était visible depuis le dispensaire principal au moyen de miroirs et de caméras de sécurité. Les flacons de méthadone étaient fixés à une étagère à l'arrière de l'alcôve derrière un demi-mur qui servait de barrière. L'aire en question servait de comptoir de service.

Quelques semaines avant l'incident, le patient avait fait un commentaire au pharmacien suggérant des idées suicidaires possibles. Ce dernier ainsi que d'autres patients avaient également « plaisanté » en parlant de pouvoir aller chercher eux-mêmes leurs doses de méthadone puisque le flacon de méthadone était rangé sur une étagère dans le dispensaire et était très visible à toute personne qui se tenait près du comptoir. Bien que le personnel de la pharmacie ait pris plusieurs précautions raisonnables pour sécuriser la méthadone, les commentaires de ce patient et d'autres individus soulignaient que la zone

d'entreposage était perçue comme étant accessible au public. Avec le recul, à la suite de ces commentaires, le personnel de la pharmacie aurait pu profiter de l'occasion pour mettre la méthadone dans un endroit caché de la vue du public.

La forme liquide orale de 10mg/mL est disponible dans le commerce et le plus souvent utilisée pour préparer des doses pour les patients sous traitement par agonistes opioïdes à la méthadone. Methadose, un produit habituellement stocké par les pharmacies qui distribuent de la méthadone, est vendu en bouteilles de plastique opaques d'un litre⁸. Une bande verticale translucide sur un côté de la bouteille et des marques de gradation permettent la lecture du volume résiduel dans la bouteille (figure 1). Les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires pour la distribution de méthadone exigent l'utilisation d'un dispositif qui mesure le volume le plus précisément possible⁹. Les pharmacies utilisent souvent une pipette, qui peut être fixée à l'ouverture de la bouteille (figure 2). Habituellement, les pharmacies qui distribuent de la méthadone n'enlèvent pas la pipette d'administration de la bouteille après avoir mesuré la dose d'un patient et l'ensemble bouteille-pipette (figure 2) est souvent laissé sur le comptoir. De plus, la hauteur de la bouteille avec pipette attachée peut rendre impossible son rangement dans une armoire de narcotiques et créer des défis de stockage sécuritaire.

Une fois le dispositif de pipette fixé, la bouteille en plastique légère pourrait être trop lourde à son sommet, et plus encore si la bouteille est presque vide – dans ces cas, et pourrait facilement se renverser. Pour éviter cette instabilité, la pharmacie impliquée dans l'incident décrit avait combiné la méthadone de plusieurs bouteilles ouvertes dans une bouteille en verre de 4 litres. Les pharmacies qui

Figure 1 :

Bande translucide avec des marques de gradation sur une bouteille de Methadose d'un litre indiquant le volume résiduel.



Figure 2 :

Bouteille de Methadose d'un litre avec un dispositif de pipette.



distribuent fréquemment de la méthadone peuvent combiner le contenu de plusieurs petits contenants dans un seul grand contenant pour éviter d'avoir à recalibrer fréquemment le dispositif de mesure. L'entreposage du grand contenant à la vue des patients peut avoir contribué à la perception qu'une grande quantité du médicament était accessible.

Gestion des stocks

Les pharmaciens communautaires sont tenus d'effectuer un rapprochement complet ainsi qu'un comptage physique de leur inventaire de substances contrôlées (stupéfiants, médicaments contrôlés et substances ciblées) au moins tous les 6 mois, bien que certaines compétences exigent que le rapprochement soit effectué plus fréquemment^{10,11}. Les comptages quotidiens de stupéfiants fréquemment distribués peuvent faciliter le processus de rapprochement et appuyer un système rigoureux et exhaustif de gestion des stocks. Si la méthadone est transférée de contenants gradués dans un contenant plus volumineux non gradué, le comptage des stocks et le rapprochement sont plus difficiles à établir. Dans l'incident décrit ci-dessus, le volume de méthadone contenu dans la bouteille prise par le patient était inconnu, car on n'avait pas effectué de comptage d'inventaire ou de rapprochement récemment. Par conséquent, le pharmacien n'a pas pu donner aux ambulanciers une estimation rapide de la quantité de méthadone ingérée.

Reconnaissance des problèmes de santé mentale

On s'attend à ce que les pharmaciens effectuent régulièrement des évaluations complètes des patients, y compris de leur état de santé mentale, afin d'avoir l'information pertinente nécessaire pour fournir des soins optimaux. Le patient impliqué dans l'incident décrit ci-dessus avait déjà communiqué avec le pharmacien en présentant des idées suicidaires possibles. La documentation et une communication de suivi avec le patient et le prescripteur au sujet de ce commentaire auraient pu provoquer une évaluation plus approfondie de la santé mentale et une intervention par la suite.

Préparation en cas d'urgence

Les pharmacies doivent avoir un protocole de formation et de soutien du personnel pour prendre en charge des patients présentant des idées suicidaires ou subissant une surdose d'opioïdes. Dans l'incident décrit ci-dessus, le personnel de la pharmacie avait appelé le 9-1-1 pour demander l'aide de la police et des SMU, qui sont arrivés sur place en quelques minutes. On ne sait pas si la pharmacie avait un protocole d'urgence en place, notamment pour l'administration de la naloxone et pour la gestion de patients atteints d'une surdose possible d'opioïdes.

RECOMMANDATIONS

Équipes de pharmacies communautaires qui distribuent de la méthadone

Passer en revue la préparation, le stockage, la sécurité et la gestion des stocks de substances réglementées

- S'assurer que les aires d'entreposage et de préparation de la méthadone sont toujours barrées et surveillées par le personnel de la pharmacie et qu'il est impossible d'y accéder sans autorisation. Si possible, ne permettez pas aux patients de voir le processus de retrait et de remise en stock des contenants.
- Éviter de transférer des produits de méthadone disponibles dans le commerce dans un autre contenant de stockage en vrac.

- Calibrer et nettoyer régulièrement les dispositifs commerciaux de distribution de la méthadone conformément aux recommandations des fabricants afin de réduire le risque d'administrer des doses inexactes et des erreurs dans les quantités stockées.
- Vérifier l'inventaire des stupéfiants plus souvent que tous les 6 mois¹¹. Pour faciliter le processus de rapprochement, envisager la tenue d'un journal de distribution quotidienne de la méthadone liquide et effectuer des comptages pour d'autres stupéfiants fréquemment distribués (à volume élevé).
- Installer des armoires de stockage sécurisées qui sont configurées pour le stockage vertical des bouteilles de méthadone ayant un dispositif d'administration fixé à leur ouverture.

Collaborer avec d'autres praticiens

- Communiquer avec d'autres praticiens dans le cercle de soins du patient si des préoccupations concernant le bien-être du patient émergent.
- Documenter ponctuellement toutes les interactions avec d'autres prestataires de soins de santé.

Préparation en cas de situations d'urgence

- Former le personnel pour qu'il puisse reconnaître les patients qui pourraient subir une crise de santé mentale^{12,13}.
- Veiller à ce que les politiques et les protocoles soient facilement accessibles et compris par les membres du personnel afin d'aider ces derniers à réagir à des situations d'urgence; par exemple, lorsque des patients expriment des idées suicidaires, et afin de les aider à reconnaître les signes et symptômes d'une surdose d'opioïdes.
- Documenter les remarques du personnel de la pharmacie dans le registre de dosage de la méthadone afin de faciliter le suivi et la recommandation d'interventions si nécessaire.
- Informer les membres de l'équipe de pharmacie de l'endroit où les trousseaux de naloxone et la naloxone sont stockés dans le dispensaire. Formez-les sur l'administration de la naloxone au cas où un patient en aurait besoin avant l'arrivée du service d'urgence.
- Aider les ambulanciers et le personnel hospitalier à prendre en charge les surdoses d'opioïdes en leur communiquant des renseignements essentiels,

comme la quantité estimée d'opioïdes ingérée et le l'heure approximative d'ingestion (si connue), ainsi que des détails sur la pharmacologie du médicament (la méthadone a un effet retardé et une action de longue durée). Fournir les coordonnées du pharmacien peut faciliter ce processus.

Fabricants de solutions de méthadone disponibles dans le commerce

- Envisager d'inclure un dispositif de distribution de dose avec chaque bouteille de méthadone (à fixer à l'ouverture de la bouteille une fois qu'elle est ouverte) qui n'ajoute pas de hauteur ou ne rend pas la bouteille instable et susceptible de tomber une fois le dispositif fixé. Les bouteilles en verre sont plus lourdes que le plastique et sont parfois mieux adaptées aux grands volumes.

Autorités de réglementation des pharmacies

- Élaborer des lignes directrices ou orienter le personnel professionnel des pharmacies vers des ressources qui décrivent les pratiques exemplaires pour répondre à une situation d'urgence (p. ex., évaluation et soutien aux patients qui expriment des idées suicidaires ou que l'on soupçonne de surdose d'opioïdes) et les mesures immédiates à prendre en attendant les services de secours.

CONCLUSION

Il est recommandé que le personnel de pharmacie qui travaille dans les pharmacies communautaires qui distribuent de la méthadone évalue régulièrement l'aménagement des aires de distribution et mette en œuvre des mesures de protection appropriées pour minimiser le risque de perte ou de vol de ce médicament de niveau d'alerte élevé. Il existe des bulletins et lettres déjà publiés qui décrivent les principaux facteurs à considérer dans la gestion des médicaments afin d'optimiser davantage la gestion de la méthadone^{1,14-21}. Le présent bulletin propose plusieurs stratégies que les pharmacies peuvent mettre en œuvre pour améliorer les processus de stockage sécuritaire et la sécurité de leur inventaire de méthadone et suggère une approche proactive pour préparer le personnel de

pharmacie qui pourrait être confronté à des situations d'urgence ; notamment des patients qui présentent des symptômes de surdose d'opioïdes.

REMERCIEMENTS

ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes (par ordre alphabétique) pour leur précieuse contribution à la révision de ce bulletin à titre d'experts : Angela Carol MD; Heather Christ RPh BScPharm, conseillère en pratique de pharmacie, Ordre des pharmaciens du

Nouveau-Brunswick; Pearl Isaac, pharmacienne clinicienne, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (ON); Jenny Jiang, gestionnaire, opérations de pharmacie, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (ON); Ordre des pharmaciens de l'Ontario, Toronto (Ontario); Beth Sproule, clinicienne-chercheuse, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (ON); Michael Szul MD; Michael Tolmie BScPhm, propriétaire associé retraité (1983–2018), Shoppers Drug Mart, Midland, ON; Maria Zhang, éducatrice clinicienne, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto (ON).

RÉFÉRENCES

1. L'absence de documentation standardisée contribue à la confusion entre la méthadone et la buprénorphine-naloxone. Bull. sécurité ISMP Can. 2019 14 mai [cité le 18 déc. 2019];19(4):1-5. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2019/BISMPC2019n4-suboxone.pdf>
2. Lignes directrices nationales sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes de L'ICRAS; 2018 [cité le 31 octobre 2019]. Disponible à : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf
3. Obligations générales du pharmacien. Règlement sur les stupéfiants C.R.C., ch. 1041, s.43 [modifié le 17 juin 2019; cité le 19 sept. 2020]. Disponible à : https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/regulations/C.R.C.,_c._1041/page-14.html#h-1208432
4. Licensees: narcotic security is your responsibility. Edmonton (AB): Alberta College of Pharmacy; 2019 Jun 26 [cité le 30 oct. 2019]. Disponible à : <https://abpharmacy.ca/articles/licensees-narcotic-security-your-responsibility>
5. Robberies and burglaries happen: are you prepared? ACP News [publié par l'Alberta College of Pharmacists]. 2010 Winter [cité le 30 oct. 2019];Suppl:i-iv. Disponible à : https://abpharmacy.ca/sites/default/files/newsletters/ACPNews_Winter2010.pdf
6. Guidelines: prevention and management of pharmacy robberies and break-ins in Nova Scotia. 2012 Sep [cité le 30 oct. 2019]. Disponible à : https://www.nspharmacists.ca/wp-content/uploads/2015/06/RobberyBreakinPreventnGuidelineSept19_12.pdf
7. Narcotic reconciliation and security [fact sheet]. Toronto (ON): Ordre des pharmaciens de l'Ontario; août 2012 [cité le 30 oct. 2019]. Disponible à : <https://www.ocpinfo.com/practice-education/practice-tools/fact-sheets/recon-security/>
8. Methadose [product monograph]. In: e-CPS. Ottawa (ON): Association des pharmaciens du Canada; [mise à jour août 2018; cité le 12 nov 2019]. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search> [subscription required to access content].
9. Isaac P, Janecek E, Kalvik A, Zhang M. Opioid agonist maintenance treatment. A pharmacist's guide to methadone and buprenorphine for opioid use disorders. 3rd ed. Toronto (ON): Centre for Addiction and Mental Health; 2015
10. Lignes directrices recommandées dans les domaines de la sécurité, du rapprochement des stocks et de la tenue de dossiers à l'intention des pharmaciens communautaires. Ottawa (ON): Santé Canada; 27 mai 2019 [cité le 17 oct. 2019]. Disponible à : https://napra.ca/sites/default/files/2019-04/CS-GD-022%20Lignes%20directrices%20recommandées%20des%20pharmaciens%20communautaires_FR.pdf
11. Narcotic & Controlled Drug Accountability Guidelines. Winnipeg (MB): College of Pharmacists of Manitoba; oct. 2017 [cité le 20 août 2020]. Disponible à : <https://cphm.ca/wp-content/uploads/Resource-Library/Guidelines/NC-Drug-Accountability.pdf>
12. Premiers soins en santé mentale. Ottawa (ON): Commission de la santé mentale du Canada. 2020 [cité le 30 juill. 2020]. Disponible à : <https://www.mhfa.ca/>
13. Bucago C, Cheung H, Zhang M. Suicide risk assessment and the role of the community pharmacist. Pharmacy Connection. Fall 2019. Disponible à : <https://pharmacyconnection.ca/suicide-risk-assessment-and-the-role-of-the-community-pharmacist-fall-2019/>
14. Methadone: not your typical narcotic! Bull. sécurité ISMP Can. déc. 2003 [cité le 18 déc. 2019];3(12):1-2. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-12Methadone.pdf>
15. 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. Bull. sécurité ISMP Can. 28 août 2013 [cité le 18 déc. 2019];13(8):1-5. Disponible à : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2013/BISMPC2013-08_ResultatsPreliminairesInternationalMSSAOnco.pdf
16. Décès associés à des accidents liés à la médication survenus en dehors des centres hospitaliers réglementés. Bull. sécurité ISMP Can. 18 févr. 2014 [cité le 18 déc. 2019];14(2):1-6. Disponible à : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2014/BISMPC2014-02_DecesAssociesAccidentsMedication.pdf
17. Un changement de teneur de la méthadone entraîne une surdose chez une patiente en post-partum. Bull. sécurité ISMP Can. 5 févr. 2015 [cité le 18 déc. 2019];15(1):1-4. Disponible à : https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2015/BISMPC2015-01_MethadoneSurdose.pdf
18. Les incidents médicamenteux qui augmentent le risque de chutes : une analyse des incidents multiples. Bull. sécurité ISMP Can. 30 déc. 2015 [cité le 18 déc. 2018];15(12):1-5. Disponible à : https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/2015/BISMPC2015-12_chutes.pdf

19. Les décisions judiciaires sauvent des vies : messages clés pour les praticiens communautaires sur la prescription des opiacés. Bull. sécurité ISMP Can. 29 nov. 2016 [cité le 18 déc. 2019];16(8):1-4. Disponible à : <https://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/2016/BISMPC2016-08-PrescriptionOpiaces.pdf>
20. Le partage des médicaments opioïdes peut être mortel. Bulletin de Médicamentssecuritaires.ca. 3 sept. 2014 [cité le 18 déc. 2019];5(6):1. Disponible à : <https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201409BulletinV5N6PartageMedicamentsOpioides.pdf>
21. De fausses croyances au sujet des médicaments qui pourraient s'avérer mortelles : première partie. Bulletin de Médicamentssecuritaires.ca. 18 janv. 2016 [cité le 18 déc. 2019];7(1):1. Disponible à : <https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201601BulletinV7N1FaussesLendroit.pdf>

Cette section porte sur un bulletin Médicamentssecuritaires.ca publié dans le cadre du programme à l'intention des consommateurs de l'ISMP Canada

Médicamentssecuritaires.ca

Bulletin – janvier 2020

Qui conserve ses boîtes de médicaments? Vos ordonnances sont-elles bien étiquetées?



Le site Medicamentssecuritaires.ca a reçu plusieurs rapports indiquant que les étiquettes d'ordonnance étaient apposées seulement sur la boîte extérieure, sans étiquette sur le produit ou sur le médicament comme tel.

Dans l'un de ces cas, un consommateur a déclaré avoir reçu un antibiotique liquide pour son enfant dans une bouteille sans aucune étiquette de la pharmacie. L'étiquette avait été apposée sur le contenant extérieur, mais la boîte avait été jetée à la pharmacie, avant même que le médicament ne soit remis au consommateur.

Dans d'autres cas, la boîte est remise au consommateur, mais jetée par lui lorsqu'il arrive à la maison. Par conséquent, le consommateur ne dispose plus des renseignements importants concernant l'utilisation du médicament.

Conseils pour les praticiens

Les contenants de certaines formulations de médicaments, comme les produits topiques, les solutions orales et les inhalateurs, peuvent être difficiles à étiqueter. Par conséquent, le personnel de pharmacie peut décider d'étiqueter uniquement la boîte extérieure et non le contenant intérieur à partir duquel le médicament sera administré. Dans la mesure du possible, il est important d'étiqueter aussi le contenant intérieur.

- Lors de la préparation d'une ordonnance où la boîte extérieure sera remise au patient, apposer une étiquette d'ordonnance sur le contenant intérieur (tube, bouteille, inhalateur, etc.) et une autre étiquette sur la boîte extérieure. Il est reconnu que cette approche n'est pas toujours possible pour des produits tels que des sachets ou des comprimés en emballage-coque. Pour ces articles, conseillez aux patients de conserver la boîte ou le contenant extérieur.
- Lors de la vérification du produit, ouvrir chaque boîte pour confirmer que le produit à l'intérieur est bien étiqueté. Demandez-vous si la boîte extérieure a une utilité supplémentaire pour le patient.
- Pour les ordonnances nouvelles et répétées, lors du ramassage, profitez de l'occasion pour effectuer une vérification supplémentaire. Montrez le médicament au patient et en particulier, l'information sur l'étiquette. Ouvrez chaque boîte devant le patient afin de confirmer que le produit à l'intérieur est bien étiqueté.

Pour de plus amples renseignements, lisez le bulletin entier :

<https://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/202001BulletinV11N1-ordonances.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.



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

©2020 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.