

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 19 • Numéro 1 • Le 16 janvier 2019

Tragédies évitables : Deux décès pédiatriques par suite de l'administration intraveineuse d'électrolytes concentrés

Passez à l'action et vérifiez ce qui suit :

- La conformité aux normes en vigueur pour l'entreposage et la disponibilité des électrolytes concentrés injectables est obligatoire.
- Des mesures de précaution strictes sont incluses dans les procédures de prescription, de distribution, de préparation et d'administration des solutions d'électrolytes intraveineuses.
- La nécessité de faire des calculs et des manipulations additionnelles dans l'aire de soins aux patients est réduite au minimum. Des doses standardisées d'électrolytes IV, en phase avec les concentrations des solutions pré-mélangées disponibles commercialement, sont prescrites.
- Lors des activités de formation continue et d'orientation, le personnel et les prescripteurs sont informés des stratégies visant à prévenir les « événements qui ne devraient jamais arriver », tels que ceux liés à l'administration IV d'une solution concentrée de potassium.

L'administration intraveineuse (IV) d'une solution de potassium concentré (≥ 2 mmol/mL) est considérée comme un « événement [pharmaceutique] qui ne devrait jamais arriver ». ¹ Les « événements qui ne devraient jamais arriver » s'entendent des incidents liés à la sécurité des patients causant des préjudices graves au patient, ou la mort, qui sont évitables si des mesures organisationnelles appropriées de vérification et de contrôle sont mises en place. ¹ L'Organisation mondiale de la santé a mis l'accent sur les situations à haut risque, telles que ces « événements [pharmaceutiques] qui ne devraient jamais arriver » et l'utilisation d'électrolytes concentrés à haut niveau d'alerte ², qui constituent l'une des trois priorités de son troisième défi mondial pour la sécurité des patients ayant pour thème « La médication sans erreurs ». ³

Déjà en 2001, les bulletins sur la sécurité publiés par ISMP Canada parlaient des dangers associés à l'administration intraveineuse de solutions concentrées d'électrolytes, y compris de chlorure de potassium et de phosphate de potassium. ⁴⁻⁹ D'autres organismes voués à la qualité des soins et à la sécurité des patients, ^{10,11} et des organismes d'agrément en santé, ^{12,13} ont recommandé des pratiques pour réduire l'incidence de préjudices aux patients causés par l'administration IV par inadvertance d'électrolytes concentrés.

Selon les sondages d'évaluation, les efforts déployés pour améliorer la sécurité médicamenteuse ont permis de réduire le nombre de décès causés par l'administration IV accidentelle d'électrolytes concentrés. ¹⁴

Malgré les recommandations et la tendance à la baisse du nombre de décès, deux incidents fatals se sont produits récemment impliquant des enfants et l'administration IV de phosphate de potassium concentré ou de chlorure de potassium. Ces cas font ressortir la nécessité d'exercer une vigilance constante à l'échelle mondiale, afin que soient reconnus les risques associés aux solutions injectables d'électrolytes concentrés pour la sécurité des patients si celles-ci ne sont pas stockées, gérées et administrées adéquatement.

INCIDENTS RÉCENTS

Premier incident : Une solution injectable de phosphate de potassium concentré, disponible dans l'aire de soins, a été accidentellement utilisée pour rincer la ligne IV d'un jeune patient, plutôt que l'usuelle solution saline de rinçage (0,9 % de chlorure de sodium). Le pouls de l'enfant s'est mis immédiatement à faiblir, et l'enfant est décédé malgré tous les efforts de réanimation. L'erreur a été constatée lorsque les tests sanguins ont révélé une hyperkaliémie sévère et une hyperphosphatémie.¹⁵

Deuxième incident : Un nourrisson avait besoin d'un remplacement de potassium perfusé durant son hospitalisation. Le médecin résident a téléphoné au pédiatre de garde pour recevoir ses instructions, après quoi il a verbalement donné ses indications à l'infirmière d'administrer au bébé du chlorure de potassium (KCl) par intraveineuse. La dose prescrite n'était pas disponible en format pré-dilué; l'infirmière a donc utilisé une fiole de solution concentrée de KCl pour injection (stockée à l'unité de soins) pour préparer la perfusion. Mais les indications données verbalement ont été mal interprétées, et la concentration de KCl ajoutée dans la poche à perfusion était 10 fois supérieure à celle requise. La solution IV était administrée de nuit; le bébé a subi un arrêt cardiaque et en est décédé.¹⁶

DISCUSSION

L'analyse de ces incidents a permis de dégager plusieurs facteurs contributifs potentiels.

- **La disponibilité de solution de potassium concentré injectable dans les aires de soins aux patients**

Dans les deux cas, des solutions de potassium concentré pour injection étaient disponibles dans les aires de soins, contrairement aux pratiques

organisationnelles requises depuis longtemps établies par le cadre normatif d'Agrément Canada,¹² élaborées conjointement avec ISMP Canada, voulant que les solutions d'électrolytes concentrés ne devraient pas être stockées dans les aires de soins aux patients.

Les solutions d'électrolytes commercialement disponibles pourraient ne pas être appropriées pour les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants. Pour répondre à ce besoin clinique et à d'autres circonstances exceptionnelles, le stockage d'une solution d'électrolytes concentrés dans les aires de soins pourrait s'avérer essentiel, auquel cas de multiples et rigoureuses mesures de sécurité **doivent** être prises pour assurer une sécurité optimale pour les patients.

- **Processus non standardisés pour la prescription et la préparation des solutions d'électrolytes intraveineuses**

Dans le cas du deuxième incident, le prescripteur a déterminé qu'une concentration non standard de solution de KCl pour la perfusion (et non la concentration pré-dilué commercialement disponible) était indiquée pour traiter le nourrisson. En raison de l'urgence de la situation clinique, l'infirmière a dû faire elle-même les calculs et préparer sur-le-champ le mélange non standard à l'unité de soins, plutôt que d'attendre que la pharmacie le prépare le lendemain matin.

Le médecin a prescrit verbalement l'ajout d'une quantité spécifique de KCl à 1000 mL de soluté. Habituee à recevoir des indications de doses pour 100 mL, elle a erronément calculé une quantité de KCl 10 fois supérieure à celle prescrite pour ensuite l'ajouter à la poche de perfusion de 1 L. Bien qu'une ordonnance par écrit eût été fournie à l'infirmière après la préparation de la solution, un biais de confirmation a pu contribuer à la non-détection de l'erreur.

- **Absence de contre-vérifications indépendantes**

Dans les deux cas, une contre-vérification indépendante aurait pu permettre de détecter l'erreur et empêcher que le patient n'en soit victime.

Dans le deuxième incident, une solution IV d'une concentration en électrolytes non commercialement

disponible a été prescrite. Des vérifications des calculs et des étapes de préparation auraient pu déceler l'erreur avant qu'elle ne se rende jusqu'au patient. Par ailleurs, en ce qui a trait au premier incident, il n'est pas coutume d'effectuer des contre-vérifications de routine indépendantes de la solution de rinçage d'une ligne intraveineuse.

- **Apparence similaire des fioles et des solutions d'électrolytes en raison d'une pénurie de produits**

Bien que le rinçage des lignes intraveineuses pour maintenir la perméabilité soit une pratique de routine, des cas de rinçage accidentel à l'aide de médicaments erronés sont survenus en raison de l'apparence similaire des produits.^{12,13} **Les solutions injectables translucides et incolores se ressemblent toutes.** Fait à noter, dans le premier incident, les formats et les étiquettes des fioles de solution saline et de phosphate de potassium concentré étaient semblables. Cette similitude a sans doute contribué au préjugé de confirmation qui a entraîné l'erreur de sélection. De plus, l'analyse de l'incident a mis au jour une autre source de méprise : le phosphate de potassium a été obtenu d'un fournisseur différent en raison d'une rupture de stock chez le fournisseur habituel. Les fioles d'électrolytes ayant une apparence différente, cela a pu porter à confusion et induire en erreur au moment de la sélection.

RECOMMANDATIONS

L'analyse de ces incidents a mis en relief la nécessité de ces quelques rappels afin d'améliorer le système.

Établissements de santé

- Exiger la conformité aux normes en vigueur pour le stockage et la disponibilité des électrolytes concentrés injectables :
 - Ne **pas** stocker les électrolytes concentrés dans les aires de soins aux patients.¹²
 - Conserver les solutions d'électrolytes concentrés injectables seulement dans la pharmacie, dans un endroit expressément désigné, et séparément des autres solutions de perfusion. S'assurer que les étiquettes de produits sont parfaitement visibles.
 - Dans les circonstances exceptionnelles où une demande est effectuée pour stocker les électrolytes concentrés dans une aire de soins en particulier, un comité de gestion des médicaments

interdisciplinaire devrait examiner et approuver le bien-fondé de la demande et s'assurer que des mesures de précaution sont mises en place pour réduire les risques d'erreur.¹² Ces mesures de précaution pourraient entre autres consister en des cabinets de distribution automatisés munis de dispositifs de sûreté, la disponibilité d'instructions de préparation, la double-vérification indépendante des calculs ainsi que des étiquettes d'avertissement auxiliaires pour identifier et distinguer les produits d'électrolytes concentrés.

- Au moins une fois par année, dresser un relevé des électrolytes concentrés injectables disponibles dans les aires de soins aux patients.¹² Ces relevés permettraient de voir à ce que les électrolytes concentrés injectables ne soient pas entreposés dans les aires de soins et, dans le cas où cela s'avère nécessaire, à ce qu'ils soient entreposés avec toutes les précautions qui s'imposent.
- S'assurer que de rigoureuses mesures de précaution soient incluses dans les procédures de prescription, de distribution, de préparation et d'administration des solutions d'électrolytes intraveineuses. Ces mesures de précaution pourraient entre autres consister en ce qui suit :
 - Préparer en pharmacie seulement tous les mélanges ou dilutions non standard contenant des électrolytes concentrés, et dans aucun autre lieu de l'établissement.
 - Élaborer des ensembles d'ordonnances préimprimées permettant de standardiser la prescription des solutions IV d'électrolytes.
 - Faire preuve de constance et utiliser des unités de mesure bien comprises (par ex. mg, mmol, mL, L) dans les ensembles d'ordonnances préimprimées, les fiches de formulation, ainsi que les politiques et procédures pour la préparation et l'administration des solutions IV d'électrolytes.
 - Instaurer la double-vérification indépendante pendant la préparation et avant l'administration d'un soluté d'électrolytes. Intégrer cette double-vérification dans les processus de travail et de documentation, qu'ils soient sous format papier ou électronique.
 - Se servir du codage à barres au point d'administration pour réduire les risques de préjudice associés à une erreur de sélection au moment de la distribution et de la préparation.

- Fournir des produits prêts à l'emploi commercialement disponibles, tels que des seringues de rinçage préremplies de solution saline (pour éviter les erreurs de sélection) et les solutions intraveineuses d'électrolytes prémélangées (pour éliminer le risque d'erreurs de calcul ou de préparation).^{17,18}
 - Les nouveau-nés et les nourrissons peuvent requérir des solutions intraveineuses contenant des électrolytes qui ne sont pas disponibles commercialement. Des directives prévoyant la préparation par le pharmacien ou l'utilisation de fiches de préparation comprenant les calculs nécessaires et une contre-vérification indépendante signée, le tout porté au dossier médical, devraient être mises en place.
- Profiter des séances de formation continue et d'orientation pour informer les membres du personnel et les prescripteurs des décès survenus en lien avec les électrolytes concentrés ainsi que des stratégies en cours au sein de l'organisation visant à prévenir de tels « événements qui ne devraient jamais arriver ». Fournir l'information sur les mesures de précaution à respecter lorsqu'ils travaillent avec les électrolytes concentrés (par ex. les protocoles de remplacement des électrolytes, les contre-vérifications indépendantes).
- Concevoir un plan d'urgence à mettre en œuvre en cas de pénurie de médicament ou de changement de fournisseur. Celui-ci devrait prévoir un processus de communication pour aviser le personnel avant que le « nouveau » produit ne soit mis à sa disposition, et le mettre en garde contre les erreurs que pourrait engendrer le changement de produit. L'avis devrait être imprimé et placé *au même endroit* que le produit entreposé, en plus de tout autre document connexe imprimé ou électronique.

Professionnels de la santé

- Dans le but d'enrayer tant que faire se peut la nécessité de faire des calculs et des manipulations additionnelles dans l'aire de soins, prescrire un dosage d'électrolytes IV standardisé en phase avec les concentrations prédiluées des solutions commercialement disponibles.⁵
- Si le patient requiert une solution de remplacement d'électrolytes IV « sur mesure » ou non standard, consulter un pharmacien pour obtenir de l'assistance.

- Pour éliminer le risque de mésinterprétation, communiquer les ordonnances par écrit. Si compte tenu des circonstances on a d'autre choix que de communiquer verbalement les ordonnances (en situation d'urgence), utiliser la technique consistant à « faire répéter » pour s'assurer que le message est clair et bien compris.

CONCLUSION

Dans le cas des deux incidents médicamenteux fatals ci-décrits, la disponibilité d'une solution de potassium concentré dans l'aire de soins a contribué à l'erreur et au décès des patients qui s'est ensuivi.^{15,16} L'« événement qui ne devrait jamais arriver » en lien avec l'administration intraveineuse de potassium concentré est évitable si on applique des mesures de précaution systémiques appropriées. Pour réduire le risque de préjudices aux patients, les établissements et les professionnels de la santé doivent être sensibilisés à l'importance d'adhérer aux normes et lignes directrices concernant l'entreposage, la préparation et l'administration sécuritaires des médicaments à haut niveau d'alerte, tels que les électrolytes concentrés.

REMERCIEMENTS

ISMP Canada tient à remercier les personnes suivantes (par ordre alphabétique) de leur révision de ce bulletin à titre d'experts : Paul Filiatrault B.Sc. Pharm RPEBC, consultant en sécurité médicamenteuse; Anne Matlow MD FRCPC, Faculté de médecine, Université de Toronto; Janice Munroe BScPharm FCSHP, coordonnatrice pharmacienne, services cliniques et de distribution, Hôpital Ridge Meadows, Maple Ridge, C.-B.; équipe de l'Autorité sanitaire de Saskatchewan, Saskatoon, Sask. (Angela Butuk BSN RN RNFA, responsable de la sécurité des médicaments; Terrence Davidson BSP, pharmacien, responsable des ressources en sécurité médicamenteuse; Pamela Heinrichs BComm MSc, spécialiste en sécurité des patients, facteurs humains et sécurité des systèmes; Blair Seifert BSP PharmD FCSHP, coordonnateur des services de pharmacie clinique, pédiatrie).

Références

1. Les événements qui ne devraient jamais arriver dans les soins hospitaliers au Canada. Des soins plus sécuritaires pour les patients. Edmonton (AB): Institut canadien pour la sécurité des patients; sept. 2015 [cité le 5 juil. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/neverevents/Pages/default.aspx>
2. Définitions des termes. Toronto (ON): Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; [cité le 30 nov. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/fr/definitions.htm>
3. Medication without harm (Une médication sans erreurs) : Défi mondial sur la sécurité des patients de l'OMS. Genève (CHE): Organisation mondiale de la santé; 2017 [cité le 12 sept. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=605C2CF24F052643D6967FF4A5334B85?sequence=1>
4. Reported error with sodium chloride 3% reminds us of the need for added system safeguards with this product. Bulletin séc. ISMP 2001 [cité le 4 juil. 2018];1(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2001-11NaCl.pdf>
5. How to use 'failure mode and effects analysis' to prevent error-induced injury with potassium chloride. Bulletin séc. ISMP 2001 [cité le 4 juil. 2018];2(5). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2002-05FMEA.pdf>
6. More on potassium chloride. Bulletin séc. ISMP 2001 [cité le 4 juil. 2018];3(11):1-2. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2003-11KCl.pdf>
7. Un danger qui se reproduit : les solutions de chlorure de potassium concentrées. Bulletin séc. ISMP 2004 [cité le 4 juil. 2018];4(3):1-2. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2004-03.pdf>
8. Des stratégies de sécurité pour le phosphate de potassium injectable. Bulletin séc. ISMP 2006 [cité le 4 juil. 2018];6(2). Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ismp-canada.org/download/safetyBulletins/ISMPCSB2006-02PotassiumPhosphates.pdf>
9. Section V: Standardisation de la médication, entreposage et distribution [traduction libre] Dans : Auto-évaluation de l'utilisation sécuritaire des médicaments pour les soins de longue durée, troisième version canadienne. Toronto (ON) : Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada; 2016.
10. Reduce adverse drug events involving electrolytes. Boston (MA): Institute for Healthcare Improvement; [cité le 5 juil. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/ReduceAdverseDrugEventsInvolvingElectrolytes.aspx>
11. Control of concentrated electrolyte solutions. Patient Saf Solut. 2007 [cité le 17 déc. 2018];1(5). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution5.pdf>
12. Pratiques organisationnelles requises, livret 2018, Qmentum. Pour les visites sur site commençant en janvier 2019. Ottawa (ON): Agrément Canada; 2018.
13. Medication storage - concentrated electrolytes - storage in patient care areas. Oak Brook (IL): Joint Commission; [cité le 5 juil. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFAQId=1534
14. Évaluation du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux fournie par ISMP Canada : rapport final (en anglais). Winnipeg (MB): Prairie Research Associates; 18 août 2010 [cité le 26 août 2018]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ismp-canada.org/download/cmirs/rptISMPC_CMIRPS_Final_Report.pdf
15. Ramsay J. Rapport d'investigation du coroner. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès à l'intention des familles, des proches et des organismes pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Ghali Chorfi 2016-03801. Québec (QC): Bureau du coroner Québec; 2016.
16. Ramsay J. Rapport d'investigation du coroner. Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès à l'intention des familles, des proches et des organismes pour la protection de la vie humaine concernant le décès de Kaylynn Mianscum-Kelly 2018-00448. Québec (QC): Bureau du coroner Québec; 2018.
17. Keogh S, Marsh N, Higgins N, Davies K, Rickard C. A time and motion study of peripheral venous catheter flushing practice using manually prepared and prefilled flush syringes. J Infus Nurs. 2014 [cité le 4 juil. 2018];37(2):96-101. Disponible à l'adresse suivante : <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129804-201403000-00005.pdf>
18. Start K. Prefilled saline flushes. Hosp Pharm Eur. 2010 [cité le 4 juil. 2018]. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hospitalpharmacyeurope.com/featured-articles/prefilled-saline-flushes>

La nouvelle réglementation permettra de mieux protéger les Canadiens contre les risques liés aux médicaments et aux instruments médicaux



La *Loi visant à protéger les Canadiens contre les drogues dangereuses*, aussi connue sous le nom de *Loi de Vanessa*, raffermira la réglementation relativement à la déclaration des réactions indésirables graves aux drogues (RID) et des incidents liés aux instruments médicaux (IIM). La Loi renforce la capacité de Santé Canada sous les aspects suivants :

- recueillir les données post-marché sur la sécurité des drogues et des instruments médicaux;
- mettre en œuvre de mesures en cas de détection d'un risque grave pour la santé;
- favoriser une confiance accrue dans la surveillance des produits thérapeutiques en augmentant la transparence.

L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (**ISMP Canada**), en partenariat avec l'Organisation des normes en santé (**HSO**) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (**ICSP**), s'est vu attribuer un contrat pour assister Santé Canada dans ses efforts en matière de communication, d'éducation et de rétroaction au regard de cette Loi.

De concert avec Santé Canada, les partenaires travaillent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une approche et d'un contenu éducatifs facilitant aux fournisseurs de soins et aux leaders en santé l'identification et la déclaration des RID et IIM hautement préjudiciables. Le matériel sera conçu pour s'arrimer aisément aux programmes, aux cours et aux activités éducatives que dispensent les parties prenantes, y compris le public en général, et sera disponible d'ici juillet 2019.

Pour plus d'information : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/NewsAlerts/News/newsReleases/Documents/New%20Regulations%20will%20Help%20Protect%20Canadians%20from%20Unsafe%20Medications%20and%20Medical%20Devices.pdf>

Le présent segment du bulletin décrit une publication récente de Medicamentssecuritaires.ca, du programme destiné aux consommateurs d'ISMP Canada

Médicamentssécuritaires.ca

Novembre 2018 – Infolettre :

Évaluations de médicaments dans les foyers de soins de longue durée

.....

Medicamentssecuritaires.ca a reçu un rapport sur le cas d'une résidente d'un centre de soins de longue durée à qui on a donné par mégarde de la trazodone (généralement prescrite pour le sommeil) qui était destinée à une autre résidente dont le nom était semblable. L'erreur a été constatée un an plus tard lors d'une vérification de la médication. Les membres de la famille ont par la suite révélé que leur être cher avait semblé plus fatigué au cours de la dernière année, mais qu'ils ne l'ont pas signalé, ne soupçonnant pas une erreur.

Conseils aux praticiens pour accroître la sécurité des patients en centre de soins de longue durée :

- Encouragez les membres de la famille à signaler tout état nouveau ou non prévu qu'ils remarquent chez leur être cher, en tout temps.
- Communiquez avec les membres de la famille du résident ou toute autre personne désignée qui agit au nom du résident (en conformité avec la loi sur la vie privée) pour qu'ils soient informés de la tenue d'une vérification de la médication par le pharmacien, et pour les encourager à demander de telles vérifications, à y assister et à y participer.
- Lorsqu'un nouveau traitement est initié, vérifiez au moins 2 pièces documentaires à l'appui pour vous assurer que le médicament est administré à la bonne personne.
- Lorsque vous intégrez une nouvelle thérapie médicamenteuse, assurez-vous que les proches en soient informés et qu'ils comprennent la raison d'un tel ajout de médicament. Il est également important de les mettre au courant des effets secondaires potentiels qu'ils peuvent eux-mêmes surveiller.
- Lorsqu'un résident revient au centre de soins de longue durée après un séjour à l'hôpital, une vérification de la médication par le pharmacien et l'équipe de soins devrait être effectuée le plus tôt possible. Cette vérification après un congé de l'hôpital est particulièrement importante, car la pharmacothérapie a pu être modifiée pendant l'hospitalisation et les risques d'erreur médicamenteuse sont particulièrement élevés lors des transitions de soins.
- Si la famille du résident ou les personnes désignées ne peuvent assister en personne à la vérification, assurez-vous qu'un processus standardisé est en place pour communiquer avec eux et leur faire part des observations résultant de la vérification. Encouragez-les à poser des questions et à exprimer leurs inquiétudes.



Pour plus d'information, consultez l'infolettre intégrale :

<http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201811BulletinV9N10-evaluations.pdf>



Série de webinaires sur la sécurité médicamenteuse

Le mercredi 23 janvier 2019

Joignez-vous à vos collègues de partout au Canada pour des webinaires bimensuels gratuits de 50 minutes afin de partager, d'apprendre et de discuter de rapports d'incidents, des tendances et des problèmes émergents en matière de sécurité des médicaments!

Pour en savoir plus, visitez
www.ismp-canada.org/MedSafetyExchange/



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

©2019 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada.