

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 13 • Numéro 2 • Le 27 mars 2013

Analyse par agrégat des cas d'accidents d'omission de dose ayant causé un préjudice

L'omission d'une ou plusieurs doses d'un médicament d'ordonnance peut survenir pendant la plupart des étapes du processus d'utilisation des médicaments¹ et fait partie des types d'accidents liés à la médication qui font le plus souvent l'objet d'une déclaration dans l'ensemble des milieux hospitaliers¹⁻⁴. Les accidents liés à l'omission de dose, y compris l'arrêt par inadvertance d'un traitement, peuvent n'avoir que des effets négligeables sur le plan clinique, mais certains accidents de ce type sont à l'origine de préjudices, de visites aux urgences, d'admissions à l'hôpital et de décès^{1,2,5}. Ce bulletin traite particulièrement des cas d'omission de dose ayant causé un préjudice qui ont été soumis au Système national de déclaration des accidents et incidents (SNDAI)*. Les résultats de l'analyse par agrégat de ces accidents réalisée par l'ISMP Canada sont présentés dans le présent document. L'accent est mis sur les médicaments les plus souvent associés à des cas d'omission de dose ayant causé un préjudice. De plus, les principaux thèmes, sous thèmes et facteurs contributifs cernés dans l'analyse y sont présentés.

Méthodologie et résultats de l'analyse quantitative

Les déclarations d'accidents en lien avec « omission de dose » ayant causé un « préjudice » ou un « décès

» ont été extraites du SNDAI^{6,7}. Au total, 159 cas répondaient à ces critères et ont été inclus dans l'analyse quantitative visant à cerner les médicaments qui sont le plus souvent impliqués dans ce type d'accident. Les données étudiées dans le cadre de cette analyse concernaient une période d'environ 2,5 ans (de septembre 2008 à mars 2011). Pendant cette période, la plupart des données avaient été soumises par des établissements de soins aigus. Les accidents déclarés étaient associés à un préjudice faible ou modéré (Tableau 1). Aucun cas de préjudice grave ou de décès n'avait été déclaré. L'insuline et l'héparine sodique sont les deux médicaments qui étaient le plus souvent associés à un préjudice causé par l'omission de dose. (Tableau 2).

Tableau 1 : Intensité des conséquences des accidents liés à la médication

Intensité	N ^{bre} d'accidents†
Préjudice faible	109
Préjudice modéré	50
Préjudice grave	0
Décès	0
Total	159

† Il est admis qu'il n'est pas possible de supposer ou de prévoir la probabilité de la survenue des accidents au moyen d'un système de déclaration volontaire.

* Le SNDAI (fourni par l'Institut canadien d'information sur la santé) est une composante du programme du Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux (SCDPIM). Pour obtenir un complément d'information sur le SNDAI, consulter le site à l'adresse <http://www.cmirps-scdpim.ca/?p=12>

Tableau 2 : Médicaments le plus souvent impliqués dans les cas d'omission de dose ayant causé un préjudice.

Rang	Médicament	N ^{bre} (%) d'accidents [‡] (n = 159)
1	Insuline	30 (18,9 %)
2	Héparine sodique	21 (13,2 %)
3	Chlorure de potassium	13 (8,2 %)
4	Tartrate de métoprolol	8 (5 %)
5	Acide acétylsalicylique (ASA)	6 (3,8 %)
5	Chlorhydrate d'hydromorphone	6 (3,8 %)
6	Chlorhydrate de metformine	5 (3,1 %)
6	Warfarine sodique	5 (3,1 %)

‡ Seuls les médicaments qui ont été impliqués dans cinq accidents ou plus ont été retenus. Conformément aux lignes directrices en matière de respect de la vie privée et de confidentialité de l'Institut canadien d'information sur la santé, les petites cellules de données (< 5) ont été supprimées. Dans certains cas, plus d'un médicament était impliqué. Ce tableau contient trois cas qui ont été retirés de l'analyse qualitative par la suite.

Sur les 159 accidents, 82 étaient liés aux médicaments du Tableau 2. Chacun de ces 82 accidents a ensuite été analysé dans le détail. Trois accidents ont été exclus de l'analyse subséquente en

raison d'une insuffisance de données. Par conséquent, 79 accidents ont été étudiés dans le cadre de l'analyse qualitative.

Résultats de l'analyse qualitative

Les 79 accidents ont été analysés séparément et classés en deux thèmes principaux (Figure 1). Ces thèmes ont été divisés en sous thèmes, et les facteurs contributifs ont été déterminés, le cas échéant.

Caractéristiques des médicaments qui sont associés à un risque

Parmi les médicaments qui sont le plus souvent associés à une omission de dose ayant causé un préjudice (ceux du Tableau 2), bon nombre partagent certaines caractéristiques.

- *Médicaments utilisés dans des situations cliniques aiguës*

Parmi les médicaments du Tableau 2, plusieurs sont utilisés dans des situations cliniques aiguës. Par exemple, l'acide acétylsalicylique (ASA), le métoprolol et l'héparine sont indiqués dans la prise en charge aiguë de l'infarctus du myocarde (IM)⁸⁻¹⁰, et l'insuline est utilisée pour traiter l'acidocétose diabétique¹¹. Dans ces situations, les omissions de dose sont susceptibles de causer un préjudice au patient, car le traitement de la maladie aiguë sous jacente est sous optimal.

Figure 1 : Thèmes principaux et sous thèmes de l'analyse qualitative

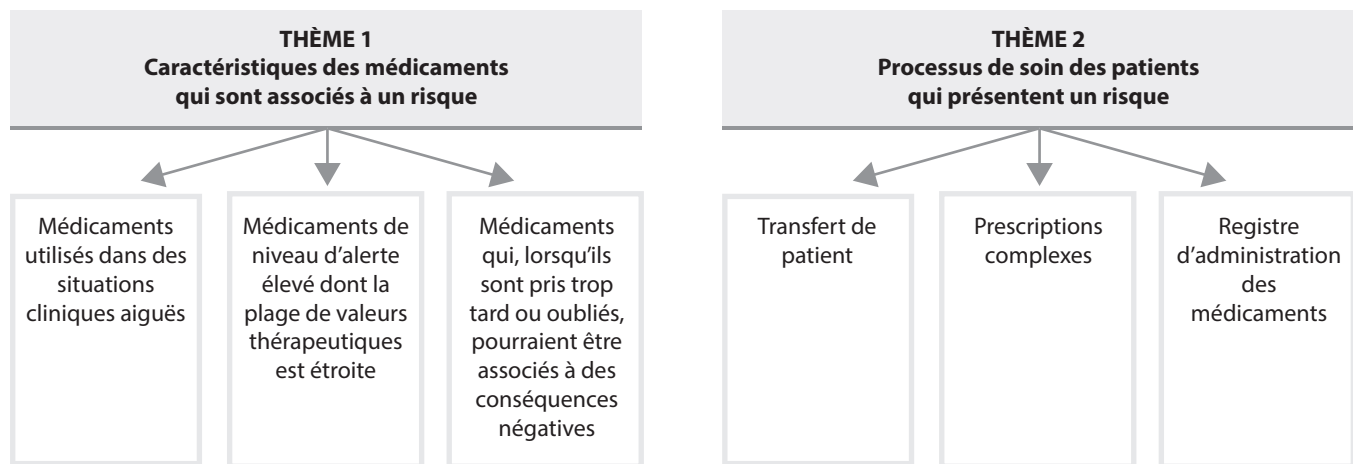


Tableau 3 : Facteurs liés au système qui ont contribué aux cas d'omissions de dose ayant causé un préjudice à diverses étapes du processus d'utilisation du médicament

Facteur contributif lié au système	Étape du processus d'utilisation du médicament §	Description du risque
Communications erronées pendant le transfert du patient	Traitement et transcription de la prescription	Nouvelle ordonnance non transcrite après le transfert du patient
	Délivrance et livraison	Les médicaments sont livrés à l'ancienne aire de soins du patient, après le transfert du patient dans une nouvelle aire
	Administration	Traitements temporairement interrompus avant une intervention et non réinstaurés après celle-ci
Interprétation erronée de prescriptions complexes ou floues	Traitement et transcription de la prescription	Interprétation erronée d'un ajustement posologique lié à la prescription d'un médicament à prendre plusieurs fois par jour (autrement dit, cas où il est difficile de savoir si l'ajustement posologique s'applique à chacune des heures de prise ou juste à une); manque de précision concernant la durée du traitement lorsqu'un médicament d'abord prescrit pour une durée précise est de nouveau prescrit (autrement dit, cas où il n'est pas clair si le médicament est de nouveau prescrit pour la même durée ou si le médicament doit être pris de façon continue)
	Administration	Omission d'instaurer un traitement lorsque sa prescription dépend de résultats de laboratoire et que ceux-ci sont mal interprétés; lecture erronée d'un nomogramme utilisé pour déterminer des doses; manque de connaissances sur le moment où le nomogramme doit être suivi (p. ex. lorsque les analyses sanguines n'ont pas été réalisées au bon moment, leurs résultats ne sont pas valides et le nomogramme ne doit donc pas être utilisé)
Entrées erronées dans le registre d'administration des médicaments	Traitement et transcription de la prescription	Prescriptions omises ou non transcrites dans le registre d'administration des médicaments; prescription non transcrite d'un registre d'administration des médicaments à un autre; prescription omise en raison d'un échec de communication entre quarts de travail; transcription d'une prescription pour un médicament à prise régulière après la section réservée aux médicaments « au besoin », entraînant l'omission du médicament à prise régulière
Registre d'administration des médicaments incomplet ou absent	Administration	Égarement du registre d'administration des médicaments, entraînant l'omission de tous les médicaments prescrits au patient; soumission incorrecte de pages du registre, entraînant l'omission de tous les médicaments sur la page égarée; registre d'administration des médicaments non remis au bon endroit au moment du retour à l'aire de soins aux patients; entrées incorrectes concernant les doses administrées et non administrées dans le registre d'administration des médicaments

§ Fondé sur le Système canadien de déclaration et de prévention des incidents médicamenteux : « CMIRPS core data set for individual practitioner reporting », Toronto (Ontario), Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, ©2001-2006 [cité le 25 mars 2013], p.19-20. Disponible sur : <http://www.ismp-canada.org/download/CMIRPS%20Core%20Data%20Set%20for%20Individual%20Practitioner%20Reporting%20April%202006%20ISMP%20Canada.pdf>

- *Médicaments de niveau d'alerte élevé dont la plage de valeurs thérapeutiques est étroite*
Les médicaments comme l'héparine, la warfarine et l'insuline ont une plage de valeurs thérapeutiques étroite (différence entre une dose efficace et une dose toxique) et sont considérés comme des médicaments de niveau d'alerte élevé. L'omission de dose peut causer un préjudice. Par exemple, à court terme, oublier de prendre son insuline peut entraîner une hyperglycémie accompagnée de divers symptômes (entre autres une soif accrue et un besoin fréquent d'uriner) et peut également accroître la complexité de la prise en charge subséquente de la glycémie.
- *Médicaments qui, lorsqu'ils sont pris trop tard ou oubliés, peuvent être associés à des conséquences négatives*
Les données probantes ont démontré que l'administration tardive ou l'omission de l'administration de certains médicaments du Tableau 2 peut avoir des effets négatifs sur les résultats à long terme. Par exemple, quand le délai est trop long avant l'administration d'un traitement à l'ASA dans le cas d'un infarctus aigu du myocarde, le risque de récurrence est accru^{9, 12}. Dans le même ordre d'idées, omettre d'instaurer un traitement anticoagulant prophylactique chez le patient qui présente un risque élevé de thrombose veineuse profonde peut entraîner une thrombose¹³.

Processus de soins des patients qui présentent un risque

L'analyse qualitative de la description des accidents a également permis de cerner trois processus de soin des patients qui sont associés à un risque accru d'omission de dose. Les facteurs contributifs possibles découlant du système, le cas échéant, sont présentés ci-dessous :

- *Transfert de patient*
Les transferts d'un établissement à un autre ou à l'intérieur d'un même établissement de même que les transferts temporaires dans une autre aire de soins (p. ex. pour subir une intervention) peuvent favoriser l'omission de dose. Les échecs de communication dans le cadre du transfert d'un

patient ont été cernés parmi les facteurs contributifs clés dans les cas d'accidents liés à l'omission de dose. Ces accidents sont survenus pendant les diverses étapes du processus d'utilisation des médicaments, dont la transcription, la délivrance et l'administration.

- *Prescriptions complexes*
Les prescriptions complexes, comme celles qui sont assujetties à des conditions, celles qui concernent des doses variant en fonction de paramètres de surveillance et celles qui comportent des instructions floues, ont été associées à des accidents liés à l'omission de dose. Ces prescriptions sont souvent mal interprétées, et le médicament n'est pas administré correctement, ce qui entraîne l'omission de la dose prévue. De plus, certains médicaments sont arrêtés par inadvertance, alors que d'autres sont instaurés de façon tardive ou omis en raison de demandes d'éclaircissements.
- *Registre d'administration des médicaments*
Les registres d'administration des médicaments représentent l'un des éléments les plus importants du soutien au processus d'administration des médicaments et des communications connexes. L'analyse de la description des accidents a permis de cerner deux facteurs qui pourraient contribuer à l'omission de dose causant des préjudices : l'utilisation d'un registre d'administration de médicament incomplet (p. ex. prescriptions ou pages manquantes) et les entrées erronées dans le registre (p. ex. la documentation erronée du processus d'administration).

L'analyse par agrégat dont le compte rendu est fait dans le présent document a permis de cerner plusieurs facteurs liés au système qui ont contribué à l'omission de dose à diverses étapes du processus d'utilisation du médicament (Tableau 3).

Conclusion

L'omission de dose est un type d'erreur importante en raison de sa fréquence et du risque de préjudice qui lui est associé. Cette analyse par agrégat a permis de cerner les caractéristiques partagées par tous les médicaments souvent associés à des omissions de dose causant des préjudices, selon les déclarations des établissements de soins aigus, de même que les processus de soins aux patients qui sont le plus souvent impliqués dans ces types d'accidents.

Étant donné que les déclarations ont été faites de façon volontaire, il est impossible de conclure que les médicaments du Tableau 2 sont les seuls à être associés à un risque élevé d'omission de dose ayant causé un préjudice. Cependant, cette analyse a permis de cerner des caractéristiques qui pourraient être utilisées pour repérer d'autres médicaments associés à un risque d'omission de dose. Par exemple, les antibiotiques, qui sont utilisés dans des situations cliniques aiguës, dont la plage de valeurs thérapeutiques est souvent étroite et qui, s'ils sont administrés trop tard, sont associés à l'aggravation de l'état de santé du patient, ne figurent pas sur cette liste. Par contre, ils devraient tout de même être considérés comme des médicaments « à risque »¹.

Nous espérons que ces données préliminaires aideront les organisations, dans le cadre des initiatives locales d'amélioration de la qualité, à porter une attention particulière aux médicaments qui sont associés à un risque d'omission de dose et utilisés dans des processus de soins aux patients comportant des risques. L'objectif est de réduire le nombre de cas d'omission de dose et de prévenir ceux qui pourraient causer un préjudice. L'omission de dose peut avoir des effets négatifs sur le patient tout au long du continuum de soins. Voilà pourquoi tous les praticiens dans tous les secteurs des soins de santé sont encouragés à passer ces données en revue et à prendre les mesures nécessaires pour améliorer la situation.

Déni de responsabilité

Bien que les analyses décrites dans le présent bulletin soient fondées sur des données fournies par l'Institut canadien d'information sur la santé, les opinions exprimées sont celles de l'ISMP Canada seulement.

Références

1. « Safety in doses: improving the use of medicines in the NHS. Learning from national reporting 2007 », Londres (R. U.), National Patient Safety Agency, National Reporting and Learning Service, 2009 [cité le 9 oct. 2012]. Disponible sur : <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=61626&type=full&>
2. Kopp BJ, Erstad BL, Allen ME, Theodorou AA et Priestley G. « Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection », *Crit Care Med*, 2006;34(2):415-425.
3. Rothschild JM, Churchill W, Erickson A, Munz K, Schuur JD, Salzberg CA et coll. « Medication errors recovered by emergency department pharmacists », *Ann Emerg Med.*, 2010;55(6):513-521.
4. Franklin BD, Reynolds M, Shebl NA, Burnett S et Jacklin A. « Prescribing errors in hospital inpatients: a three-centre study of their prevalence, types and causes », *Postgrad Med J*, 2011;87(1033):739-745.
5. Bell CM, Brener SS, Gunraj N, Huo C, Bierman AS, Scales DC et coll. « Association of ICU or hospital admission with unintentional discontinuation of medications for chronic diseases », *JAMA*, 2011;306(8):840-847.
6. Système national de déclaration des incidents, Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, analyse générée le 18 avril 2011.
7. Ensemble minimal de données, Système national de déclaration des incidents, Ottawa (Ontario), Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
8. O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE Jr, Chung MK, de Lemos JA et coll. « 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Circulation*, 2013;127(4):e362-e425.
9. Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE Jr et coll. American College of Cardiology, American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. « ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction) », en collaboration avec l'American College of Emergency Physicians, la Society for Cardiovascular Angiography and Interventions et la Society of Thoracic Surgeons, et endossé par l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation et la Society for Academic Emergency Medicine, *Circulation*, 2007;116(7):e148-304.

ALERTE : Utiliser la solution nettoyante pour verres de contact Clear Care sans l'étui spécial fourni avec le produit peut causer des lésions douloureuses aux yeux

Le programme de déclaration et d'apprentissage à l'intention des consommateurs de l'ISMP Canada, Médicamentssécuritaires.ca (www.medicamentssecuritaires.ca), a publié deux alertes pour avertir les consommateurs du risque de préjudice associé à l'utilisation inappropriée de la solution nettoyante pour verres de contact Clear Care^{1,2}. Depuis la publication de l'alerte la plus récente, le programme a reçu d'autres déclarations de consommateurs qui ont ressenti de la douleur et une sensation de brûlure aux yeux après avoir confondu Clear Care avec une solution nettoyante ordinaire pour verres de contact. L'ISMP (États Unis) reçoit encore des déclarations d'accidents semblables, malgré l'avertissement ajouté sur la face principale de l'emballage du produit vendu aux États-Unis³.

Contrairement à la plupart des autres solutions nettoyantes pour verres de contact, Clear Care contient du peroxyde d'hydrogène à 3 %, substance qui peut causer de la douleur et une sensation de brûlure si elle est directement appliquée dans les yeux. Pour cette raison, il faut utiliser Clear Care conformément au mode d'emploi, avec l'étui spécial fourni dans l'emballage. Utiliser l'étui permet de s'assurer que le peroxyde d'hydrogène est neutralisé pour former une solution sans danger pour les yeux. Malheureusement, des consommateurs ont déclaré qu'ils avaient ressenti de la douleur et une sensation de brûlure dans les yeux après avoir choisi et utilisé Clear Care par inadvertance, en croyant qu'il s'agissait d'une solution polyvalente typique de nettoyage et de trempage. Certains consommateurs ont fait tremper leurs verres de contact dans la solution Clear Care en utilisant un étui plat. Un autre consommateur a déclaré qu'il avait utilisé Clear Care pour rincer ses verres avant de les remettre.

L'ISMP Canada a communiqué avec le fabricant et avec Santé Canada concernant les déclarations volontaires qui lui ont été soumises. Le fabricant a indiqué que des changements allaient être apportés à l'étiquette du produit Clear Care qui est distribué au Canada. L'ISMP Canada encourage fortement les professionnels de la santé, particulièrement les professionnels des soins oculaires et les pharmaciens communautaires, à diffuser largement ces renseignements. L'alerte publiée sur le site Médicamentssécuritaires.ca intitulée *Rappel : Précautions à prendre lors de l'utilisation de Clear Care*² peut être remis aux consommateurs et aux patients pour les informer. Les pharmacies communautaires pourraient également songer à séparer les solutions nettoyantes pour verres de contact à base de peroxyde d'hydrogène comme Clear Care des autres solutions nettoyantes pour verres de contact en les plaçant derrière le comptoir de la pharmacie et en informant les consommateurs sur l'utilisation adéquate de ces produits avant de les vendre.

Références

1. « Mise en garde concernant la solution nettoyante et désinfectante pour lentilles cornéennes Clear Care », Alerte de Médicamentssécuritaires, le 22 juin 2010 [cité le 22 février 2013],1(2):1-2. Disponible sur : <http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201006AlerteV1N2ClearCare.pdf>
2. « Rappel: Précautions à prendre lors de l'utilisation de Clear Car », Alerte de Médicamentssécuritaires, le 31 oct. 2012 [cité le 22 février 2013], 3(5):1. Disponible sur : <http://www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201210AlerteV3N5RappelClearCare.pdf>
3. « Safety Brief: Should Clear Care be kept behind the pharmacy counter? », *ISMP Med Saf Alert*, 2013;18(3):1 2.



Figure 1 :

De gauche à droite:

- Étui spécial Clear Care
- Emballage de la solution nettoyante Clear Care
- Bouteille de la solution nettoyante Clear Care

Ébauche de ligne directrice révisée de Santé Canada destinée au secteur de la santé – Examen visant à déterminer si le nom du médicament est à présentation et à consonance semblables (PSPCS)

Santé Canada cherche actuellement à trouver des solutions au problème des médicaments dont le nom a une présentation ou une consonance qui pourrait entraîner sa confusion avec un autre médicament. Dans le cadre de son effort visant à fournir des directives plus précises aux promoteurs de produits sur le processus d'évaluation des noms de produits et l'information requise pour la soumission, Santé Canada a récemment publié des lignes directrices révisées sur l'analyse du nom proposé des nouveaux médicaments. L'ébauche de ligne directrice précise les étapes que les promoteurs (p. ex. les fabricants) doivent suivre pour déterminer le risque de confusion du nom proposé d'un médicament avec le nom d'un autre produit dont l'utilisation est déjà autorisée au Canada. L'objectif est de réduire le risque d'incidents et d'accidents liés à la médication.

Pour obtenir une copie de l'ébauche de ligne directrice, consulter le site à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/consultation/medeff/_2013/lasa-pspcs/index-fra.php.

Les commentaires des divers intervenants représentent une partie importante du processus de consultation pour l'ébauche de ligne directrice. Santé Canada vous invite donc à soumettre vos commentaires d'ici le 19 avril 2013.

L'ISMP Canada encourage tous les intervenants, y compris les professionnels de la santé qui prennent part à des processus d'utilisation de médicaments, à lire l'ébauche et à faire parvenir leurs commentaires à Santé Canada :

http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/consultation/medeff/_2013/lasa-pspcs/index-fra.php.

John Senders prend sa retraite du conseil d'administration de l'ISMP Canada

John W. Senders, Ph. D., a récemment pris sa retraite du conseil d'administration de l'ISMP Canada. Grâce à ses recherches continues sur l'analyse des modes de défaillance et de leurs effets (AMDE) et à leur applicabilité dans divers milieux, et grâce à la promotion qu'il a toujours faite de ce type d'analyse, John Senders a permis l'adoption de cette méthode importante pour l'évaluation proactive du risque dans le domaine de la santé. John Senders a publié de nombreux articles et a donné beaucoup de cours sur l'ingénierie et la psychologie des facteurs humains. En 1980, il a organisé une série continue de conférences intitulée Clambake Conferences on the Nature and Source of Human Error. À titre de consultant scientifique principal pour l'ISMP (États-Unis) et de membre fondateur de l'ISMP Canada et de son conseil d'administration, il a aidé à tracer le chemin que nous empruntons pour analyser les incidents et les accidents liés à la médication de même que les stratégies de prévention. Durant plus de 30 ans, il a agi à titre de conseiller scientifique et d'expert en recherches motivées par les erreurs et les accidents survenus dans des hôpitaux et d'autres milieux. John Senders est actuellement professeur émérite de génie industriel à l'University of Toronto.

10. Jneid H, Anderson JL, Wright RS, Adams CD, Bridges CR, Casey DE Jr et coll. « 2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines », *Circulation*, 2012;12(7):6:875-910.
11. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB et Kreisberg RA. « Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association », *Diabetes Care*, 2006;29(12):2739-2748.
12. Antithrombotic Trialists' Collaboration. « Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients », *BMJ*, 2002;324(7329):71-86. Erratum dans : *BMJ* 2002;324(7330):141.
13. Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA et coll. « Prevention of VTE in nonsurgical patients: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis », 9^e édition, American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines, *Chest*, 2012;141(2 suppl.):e195S-e226S.



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



Le CHUM est le centre hospitalier universitaire de l'Université de Montréal. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

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



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

Pour déclarer les accidents liés à la medication

(incluant les évités de justesse)

En ligne :

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

Téléphone : 1-866-544-7672

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

Inscrivez-vous

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

www.ismp-canada.org/subscription.htm

Contactez-nous

Adresse courriel :

cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

©2013 Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite d'ISMP Canada.