

Bulletin de l'ISMP Canada

Volume 14 • Numéro 10 • Le 10 décembre 2014

Un décès attribuable à une intoxication par opioïde dans un petit hôpital communautaire

Le soulagement de la douleur est un processus complexe qui peut impliquer un certain nombre de modalités de traitements pharmacologiques, incluant les analgésiques traditionnels (p. ex., les non opioïdes et les opioïdes) et la pharmacothérapie d'appoint (p. ex., les anticonvulsivants et les antidépresseurs). Le choix d'une dose de départ appropriée pour un opioïde, l'augmentation des doses d'opioïdes, l'utilisation de plus d'un opioïde et la conversion d'un opioïde à un autre font partie des aspects du soulagement de la douleur qui si erronés, peuvent provoquer des conséquences graves. Ce bulletin porte sur les conclusions et les recommandations d'une étude réalisée par l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) sur une mort subite survenue après l'admission d'une patiente dans un petit hôpital communautaire pour soulager une douleur aiguë. Les failles du système dévoilées par cette analyse ressemblent probablement à celles d'autres institutions et toutes les personnes touchées par ce cas espèrent de tout cœur que les renseignements contenus dans ce bulletin permettront d'améliorer le système hospitalier au Canada.

Description de l'incident

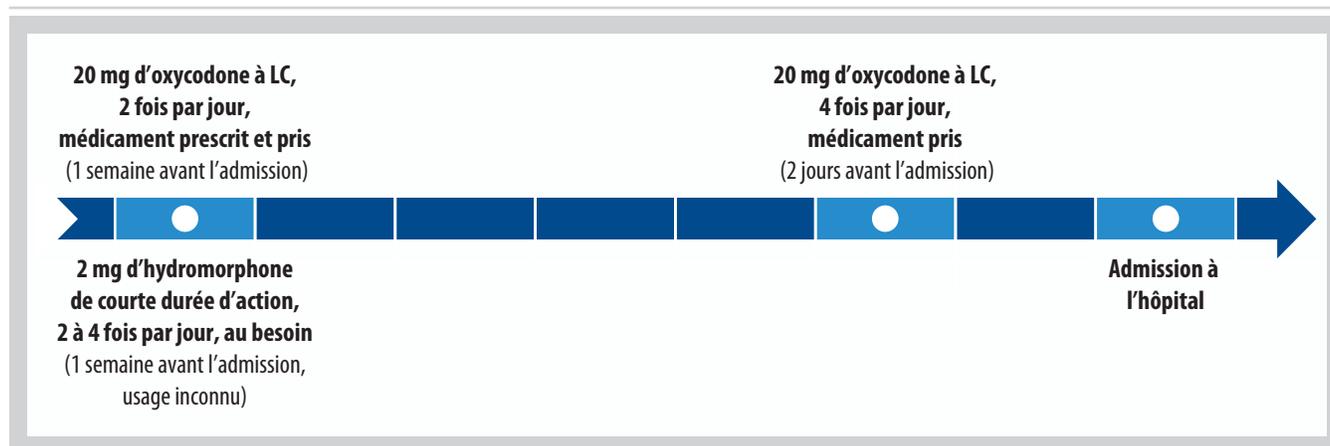
Une femme a été admise à l'hôpital pour soulager sa douleur. Cinq ans auparavant, elle avait subi une intervention chirurgicale au dos pour traiter une douleur chronique et sa condition s'était améliorée jusqu'à ce qu'elle se blesse environ deux mois avant son admission à l'hôpital. Selon son registre

d'ordonnances disponible, l'opioïde lui avait déjà été prescrit pour soigner des blessures précédentes et la patiente semblait prendre jusqu'à quatre comprimés de l'association d'oxycodone et d'acétaminophène par jour avant sa plus récente blessure. Après s'être blessée, la femme ingérait plus de comprimés combinés ainsi que de l'hydromorphone à libération immédiate (LI) et à libération contrôlée (LC) qui lui avaient également été prescrits pour soulager sa douleur non contrôlée.

Des ordonnances les plus récentes, de l'oxycodone à LC et de l'hydromorphone à LI, lui ont été prescrites une semaine avant l'admission. Toutefois, au moment de l'admission, la patiente a uniquement mentionné la prise d'oxycodone à LC. Le tableau 1 illustre l'usage d'opioïde pendant la semaine précédant l'admission. D'autres médicaments ont été pris juste avant l'admission, notamment de la metformine, du glyburide, de l'irbesartan et de l'amitriptyline. Après l'admission, la patiente a continué à prendre de l'oxycodone à LC et plusieurs autres analgésiques (incluant des timbres de fentanyl), comme l'indique le tableau 2.

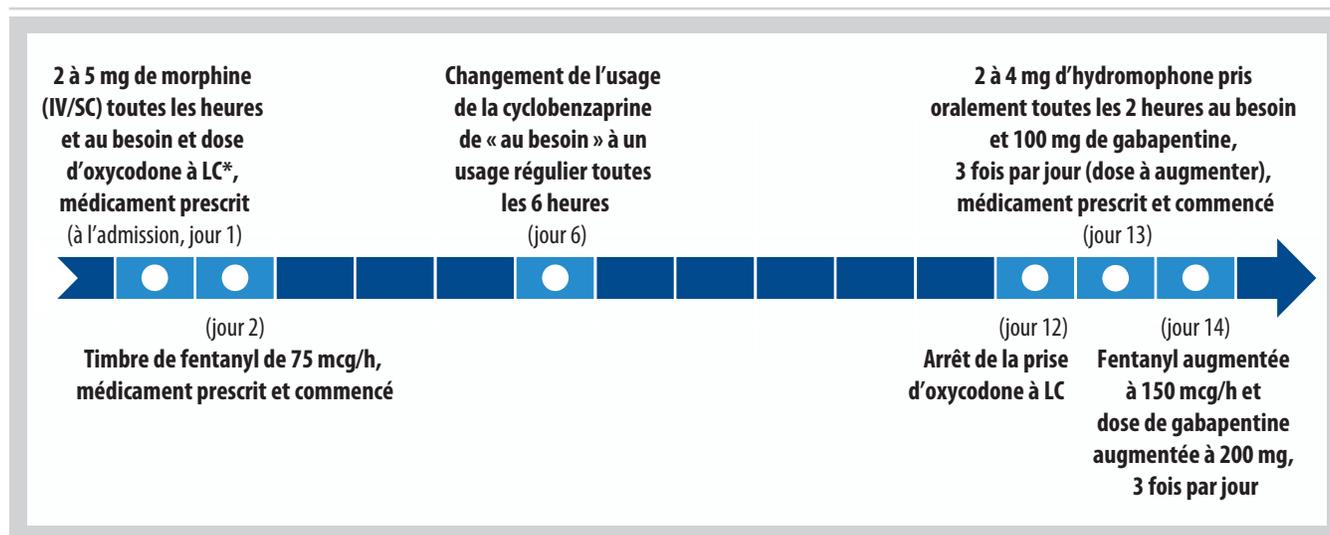
Le soir du jour 14, la dose de fentanyl a été augmentée. Pendant la nuit, la patiente n'a pas bien dormi et est demeurée éveillée une bonne partie de la nuit. Le matin du jour 15, l'infirmière ne l'a pas réveillée pour déjeuner et prendre ses médicaments habituels. À 11 h, elle ne présentait plus de signes vitaux et les tentatives de réanimation ont été vaines.

Tableau 1. Usage connu d'opioïde dans la semaine précédant l'admission à l'hôpital (selon le registre d'ordonnances disponible)



LC = libération contrôlée

Tableau 2. Usage d'opioïdes et d'autres médicaments d'appoint prévus régulièrement pendant l'admission à l'hôpital



*La dose quotidienne d'oxycodone à LC variait entre 40 et 80 mg jusqu'à l'arrêt le jour 12.
IV = intraveineuse; SC = sous-cutanée

Selon l'autopsie et les données toxicologiques, la patiente serait morte d'une « toxicité médicamenteuse mixte ». Cette cause de décès tient compte des conclusions toxicologiques et des effets combinés de plusieurs médicaments détectés après la mort.

Conclusions de l'ISMP Canada

Une évaluation interdisciplinaire a permis de déterminer plusieurs failles dans le système et les

facteurs qui auraient contribué à la mort de la patiente. Pour prévenir d'autres décès, il faudrait revoir tous les aspects du soulagement de la douleur, incluant le choix et la conversion d'un opioïde à un autre, l'augmentation de la dose ainsi que la surveillance des symptômes et des effets indésirables. Ces aspects et d'autres facteurs sont approfondis dans ce bulletin.

Soulagement de la douleur

Choix de l'opioïde

L'hôpital n'avait pas de protocole normalisé pour le soulagement de la douleur et la douleur de la patiente était traitée avec plusieurs analgésiques opioïdes différents et un certain nombre d'agents d'appoint (amitriptyline, cyclobenzaprine, gabapentine et naproxène). L'usage simultané de plus d'un opioïde augmente la complexité de l'ajustement de la posologie et l'augmentation de la dose complique la conversion d'un opioïde à un autre.

L'utilisation d'un timbre de fentanyl pour une patiente, dont les besoins analgésiques n'ont pas été entièrement déterminés, était particulièrement préoccupante. Les doses initiales et les augmentations de doses de fentanyl, l'usage simultané de plus d'un opioïde de longue durée, l'absence de directives visant à traiter les percées de douleur ou la douleur variable et l'usage d'agents d'appoint à propriétés sédatives sans réduction de la dose d'opioïde sont également préoccupants.

Conversion d'un opioïde à un autre et augmentation de la dose

Les doses initiales et les augmentations de dose (selon les facteurs de conversion généralement acceptés) utilisées dans ce cas-ci étaient plus élevées que les doses recommandées dans les protocoles accessibles.^{1,2} Le calcul des « équivalents de morphine » permet de comparer l'efficacité relative d'autres opioïdes à celle de la morphine et est particulièrement important lors de la conversion d'un opioïde à un autre et de l'évaluation de la dose totale d'opioïde quand plusieurs opioïdes sont utilisés simultanément. Une étude montre que les doses d'opioïde excédant l'équivalent de 200 mg de morphine orale par jour sont liées à un risque plus élevé de décès attribuable à une intoxication par opioïde.³ Cette étude révèle également que le calcul des équivalents de morphine peut aider le médecin à évaluer si la dose totale d'opioïde atteint un seuil préoccupant.

Selon les registres d'ordonnances et les renseignements fournis par la patiente au moment de

l'admission, les enquêteurs ont estimé que l'équivalent de morphine orale quotidien administré le jour précédant l'admission correspondait à 120 mg. Au jour 3 et pour le reste de l'hospitalisation, l'équivalent de morphine orale quotidien était largement supérieur à 300 mg et atteignait plus de 400 mg avec l'augmentation de la dose de fentanyl au jour 14. Le jour du décès (jour 15), la patiente aurait reçu l'équivalent de 540 mg de morphine si la dose complète de fentanyl avait été administrée comme prescrite. Toutefois, cette estimation demeure conservatrice puisque les lignes directrices de conversion de l'un des fabricants indiquent qu'un timbre de 75 µg/h de fentanyl équivaut à une dose de 270 à 314 mg de morphine orale.²

Malgré les doses élevées d'opioïde reçues pendant son séjour à l'hôpital, la patiente souffrait toujours. Les professionnels de la santé croient, souvent à tort, que les patients qui continuent d'éprouver de la douleur malgré la prise d'analgésiques, ont peu de chance de mourir d'une intoxication par opioïde. Pour de tels patients, les doses d'opioïdes peuvent être réellement très élevées, mais l'augmentation doit être lente et graduelle pour prévenir les effets toxiques. En raison de la dose totale d'opioïde (en ce qui a trait aux équivalents de morphine prévus), cette patiente présentait un risque élevé d'intoxication par opioïde et de mortalité.

La conversion d'un opioïde à un autre et le choix d'une dose appropriée pour le prochain opioïde n'est pas une science exacte et la sélection d'un facteur de conversion particulier a un effet direct sur la dose suggérée de l'opioïde choisi. Par exemple, l'hydromorphone est considéré comme 4 à 8 fois plus puissante que la morphine, ce qui veut dire que 10 mg d'hydromorphone correspondent à une dose de morphine de 40 à 80 mg.^{4,5} Selon le facteur de conversion de la référence consultée, cette différence peut également avoir des conséquences importantes sur le dosage d'autres opioïdes, comme celui des timbres de fentanyl. La tolérance croisée incomplète, par laquelle un patient peut être plus sensible aux effets d'une dose équivalente d'un nouvel opioïde par rapport à celle de l'agent précédent, doit également être prise en considération. Un nombre de lignes directrices et d'applications Web permet d'effectuer les calculs de conversion d'un opioïde à un autre.

Toutefois, ces outils reposent sur une vaste gamme de facteurs de conversion. Demander à un autre praticien, comme un pharmacien, d'effectuer les calculs de conversion peut représenter une mesure de protection importante.

Surveillance des symptômes et des effets indésirables

Les notes des médecins et des infirmières dans le dossier de la patiente ne mentionnaient pas de description de l'évaluation de la douleur et de la mesure des symptômes, ainsi que de la mesure systématique de l'efficacité des analgésiques et de l'évaluation de routine de l'intoxication par opioïde. Durant le séjour à l'hôpital de la patiente, les signes vitaux n'ont été décrits qu'une fois par jour et ils ne l'ont pas été au moins pendant 5 jours non consécutifs. Les journées où les signes vitaux ont été vérifiés, la fréquence cardiaque était plus élevée que la limite supérieure de la valeur normale. La surveillance et l'évaluation de la patiente ont été compromises par des congés temporaires approuvés pendant l'hospitalisation où elle s'absentait de l'hôpital une bonne partie de la journée pendant presque toute la durée du séjour.

Pendant son séjour à l'hôpital, la patiente a mentionné à l'équipe de soins, à ses amis et aux membres de sa famille que les effets indésirables des médicaments qu'elle prenait l'inquiétaient. Elle se sentait « étourdie », « chancelante », « somnolente » et « fatiguée ». Bien que la patiente ait verbalisé ses inquiétudes, les membres du personnel ont indiqué qu'elle semblait très fonctionnelle, tant sur le plan physique que cognitif. Son dossier médical comportait peu de notes sur les symptômes de l'intoxication. Dans le cas où des symptômes potentiels attribuables à une toxicité médicamenteuse ont été signalés (p. ex., une occasion où la patiente était chancelante et une autre où elle s'était affaissée sur sa chaise), le médecin traitant ne semblait pas avoir effectué de suivi. Une surdose par opioïde imminente peut être difficile à détecter, car les patients peuvent sembler alertes même s'ils présentent des signes d'intoxication. Ces patients sont susceptibles de succomber à une surdose s'ils sont laissés sans surveillance.

Autres facteurs

Processus de réanimation

En raison de ses antécédents médicaux et des facteurs de risque, il était inscrit dans le dossier médical que lorsque la patiente a été retrouvée sans signes vitaux, elle avait été victime d'un accident cardiaque. Le naloxone, l'antidote des opioïdes, n'a pas été administré pendant les tentatives de réanimation.

Facteurs organisationnels

Le décès est survenu dans un petit hôpital communautaire situé dans une région éloignée. L'accès à des modalités diagnostiques avancées et à des soins spécialisés est souvent limité dans de tels régions et ces facteurs sont difficiles à atténuer. Dans ce cas, l'accès à un neurologue ou à un spécialiste de la douleur par le biais d'une consultation à distance aurait pu être bénéfique.

Au moment de cet incident, aucun processus n'avait été mis en place pour qu'un pharmacien évalue les ordonnances de médicaments, un problème qui est désormais réglé. Il a été souligné qu'il fallait effectuer une évaluation indépendante des ordonnances de médicaments le plus tôt possible afin d'assurer la sécurité des patients, qu'environ 40 % des erreurs de médication survenaient au moment de la rédaction de l'ordonnance et que près de 50 % de ces erreurs étaient évitées grâce aux infirmières et aux pharmaciens.⁶ Il n'y a pas de pharmacien dans la région où la patiente habitait, ce qui veut dire que les médecins ont prescrit et administré des médicaments sans évaluation indépendante de la part d'un autre praticien.

De plus, puisque la patiente était une professionnelle de la santé de la région, les congés temporaires à l'hôpital ont peut-être été accordés pour cette raison.

Recommandations

Dans ce cas-ci, certaines recommandations ont été formulées et elles pourraient s'appliquer à tous les hôpitaux de soins actifs.

Soulagement de la douleur

- Élaborer et adopter des modèles d'ordonnances et des protocoles prédéfinis pour le soulagement de la douleur. S'assurer que les modèles d'ordonnances comprennent des lignes directrices pour le choix d'un opioïde, des doses initiales recommandées (tout en tenant compte des facteurs de risque des patients), l'augmentation des doses, les exigences de surveillance particulière et les déclencheurs d'une intervention. Les protocoles devraient stipuler que le timbre de fentanyl transdermique ne devrait pas être utilisé pour soulager la douleur aiguë ou aiguë et chronique.
- S'assurer que toutes les ordonnances de médicaments soient évaluées par un pharmacien en temps opportun tout en portant une attention particulière aux ordonnances de médicaments à haute surveillance comme les opioïdes. L'évaluation des ordonnances d'opioïde devrait inclure une révision de la tolérance aux opioïdes et des équivalents de morphine.
- Considérer de consulter un prescripteur d'opioïde expérimenté (p. ex., service d'algologie ou anti-douleur) si les besoins quotidiens du patient en matière d'opioïde sont supérieurs à une dose correspondant à environ 80 à 120 mg de morphine orale, surtout dans les cas où la douleur et le fonctionnement du patient ne se sont pas améliorés.⁷
- Effectuer une évaluation approfondie de tous les processus liés à la gestion des opioïdes, incluant l'ordonnance, le traitement des ordonnances, la délivrance, l'administration et la surveillance. Utiliser les résultats de l'évaluation pour déterminer et régler les failles de la gestion des opioïdes.
- Élaborer des politiques et des processus clairs pour la gestion des analgésiques nécessaires pendant le congé temporaire d'un patient au cours d'une hospitalisation. Les politiques actuelles portant sur les critères d'octroi de congés devaient être revues pour s'assurer de tenir compte du besoin de surveillance du patient et de déterminer une période standard de congé lorsqu'il est octroyé.
- Fournir de la formation continue à tout le personnel sur les signes et les symptômes d'une surdose d'opioïde.

- Tenir compte en tout temps des options non pharmacologiques pour soulager la douleur.

Surveillance des patients

- Établir des ordonnances claires pour la prise des signes vitaux et leur transcription dans le dossier médical des patients qui reçoivent des opioïdes. Lors de l'élaboration de protocoles d'évaluation et de surveillance des opioïdes, il faut tenir compte des exigences pour les amorces de traitement, de la période après laquelle une dose est augmentée ainsi que de l'administration concomitante de médicaments qui peuvent avoir un effet additif comme déprimeur du système respiratoire.
- Établir des processus clairs pour évaluer et décrire l'intensité de la douleur et la réaction du patient à tout analgésique administré. Ces processus devraient tenir compte des attentes de tous les membres de l'équipe de soins.
- Renseigner les patients et les membres de leur famille sur les signes et les symptômes d'une intoxication par opioïde et sur le moment où il faut obtenir de l'aide médicale. ISMP Canada a mis sur pied un guide pour les patients à http://www.ismp-canada.org/download/HYDROmorphine/ISMPCanada_AnalgésiquesOpioïdes.pdf et une vidéo à <http://youtu.be/SDMz4IqnpPk>.

Réanimation

- Élaborer des lignes directrices et des protocoles médicaux pour l'usage de naloxone afin d'assurer la gestion appropriée et en temps opportun d'une surdose d'opioïde quand le besoin d'intervenir est déterminé.
- S'assurer que l'administration de naloxone est prise en considération dans les protocoles de réanimation.

Documentation des produits (pour les fabricants)

- Revoir les monographies et les tableaux de conversion pour les timbres de fentanyl afin d'indiquer que ces tableaux sont utilisés uniquement pour la conversion des doses initiales et de mettre l'accent sur le fait que l'augmentation subséquente des doses ne devrait jamais excéder 25 µg/h.

Conclusion

L'usage d'opioïdes pour le soulagement de la douleur représente un processus complexe. Des bulletins de sécurité précédents d'ISMP Canada ont souligné d'importants aspects d'incidents dangereux liés aux opioïdes, notamment l'efficacité sous-estimée de l'hydromorphone et du fentanyl.^{8,9} Il est difficile de trouver un juste équilibre entre les résultats désirés que peut entraîner un traitement médicamenteux comprenant plusieurs classes de médicaments et l'atténuation des effets indésirables et des interactions potentielles qui peuvent survenir quand des médicaments et un chevauchement de toxicités sont combinés. L'usage simultané de plus d'un opioïde augmente encore plus la complexité du dosage initial et de l'augmentation des doses. De plus, les calculs de conversion peuvent être fastidieux et enclins à l'erreur. On ne peut assez insister sur l'importance de l'évaluation indépendante des calculs de conversion des doses, comme la révision en temps opportun des ordonnances de médicaments par un pharmacien.

Le cas présent illustre l'importance d'un plan de soins clair et d'une approche par étapes pour soulager la douleur qui tient compte du choix initial de l'opioïde,

de la conversion et de l'augmentation des doses, de la surveillance des paramètres, des déclencheurs d'intervention et du soutien interdisciplinaire et consultatif approprié. Les lecteurs sont encouragés à utiliser ce bulletin pour appuyer la révision des processus internes liés aux opioïdes dans leur propre milieu de pratique pour éviter que des événements tragiques similaires ne surviennent.

Remerciements

ISMP Canada aimerait sincèrement remercier les individus suivants pour leur examen à titre d'expert de ce bulletin (en ordre alphabétique) :

Matthew Bowes, MD, médecin légiste en chef, Nova Scotia Medical Examiner Service, Halifax, NS, Dan Cass, MD, FRCPC, ancien coroner en chef adjoint, investigations et président, Comité d'examen de la sécurité des patients, Toronto, ON, Meldon Kahan, MD, CCFP, FRCPC, directeur médical, Substance Use Service Women's College Hospital, Toronto, ON, Paul-André Perron, Ph. D., conseiller en recherche, Bureau du coroner en chef du Québec, Québec, QC, et R. Kent Stewart, coroner en chef de la Saskatchewan, Regina, SK.

Une solution simple pour assurer la sécurité des médicaments. Regardez dès maintenant la vidéo du Dr Mike Evans!



Les praticiens devraient inciter leurs patients à dresser la liste de tous leurs médicaments et à indiquer la façon dont ils les prennent. Les patients devraient garder cette liste en leur possession en tout temps afin de pouvoir la présenter à leur équipe de soins pour éviter qu'une erreur médicale survienne.

Apprenez-en davantage sur la manière de dresser une liste de médicaments en regardant la vidéo du Dr Mike Evans.

(http://www.safemedicationuse.ca/tools_resources/medication_list.html)

Références

1. Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse. Version 5.6. Hamilton (ON) : National Opioid Use Guideline Group; 30 avril 2010 [cité le 15 juillet 2014]. Disponible sur le site : http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf
2. Monographie de DURAGESIC MAT (système transdermique de fentanyl), Markham (ON) : Janssen Inc.; 5 août 2014 [cité le 15 sept. 2014]. Disponible sur le site : <http://www.janssen.ca/fr/product/208>
3. Gomes T, Mamdani MM, Dhalla IA, Paterson JM, Juurlink DN. Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. Arch Intern Med. 2011;171(7):686-691.
4. Opioid conversion table. Dans : Drug information handbook with international trade names index. 23e édition. Hudson (OH): Lexi-Comp; 2014. p. 2309.5.
5. Monographie des opioïdes. Dans : Repchinsky C., rédacteur en chef. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques. Ottawa (ON) : Association des pharmaciens du Canada; 2013. p. 1950.
6. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, Cooper J, Demonaco HJ, Gollivan T, et coll. Systems analysis of adverse drug events. ADE Prevention Study Group. JAMA. 1995;274(1):35-43.
7. Franklin GM. Opioids for chronic noncancer pain (Opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse) : A position paper of the American Academy of Neurology. Neurology. 2014;83:1277-1284.
8. Déceler les lacunes à l'égard des connaissances sur l'HYDROMORPHONE, Bulletin de l'ISMP Can, 2012 [cité le 16 juillet 2014];12(7):1-4. Disponible sur le site : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2012-07.pdf>
9. Les timbres transdermiques de fentanyl : Une forme pharmaceutique mal comprise. Bulletin de l'ISMP Canada, 2006 [cité le 16 juillet 2014];6(5):1-3. Disponible sur le site : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-05.pdf>

Cette portion du bulletin décrit une publication récente de medicamentssecuritaires.ca dans le cadre du programme pour consommateurs d'ISMP Canada.

Bulletin de novembre 2014 :

Savoir quand cesser de prendre votre médicament!

Les personnes peuvent jouer un rôle important : s'assurer qu'ils prennent leur médicament pendant la période de temps prescrite.

Récemment, Médicamentssecuritaires.ca a reçu un rapport qui met en évidence la difficulté de bien comprendre quand des médicaments doivent être cessés. Après une chirurgie de la hanche, un patient a été traité avec un anticoagulant pendant 30 jours, comme prescrit, afin de prévenir les caillots sanguins. Toutefois, deux mois après que l'anticoagulant ait été cessé, il a été transféré dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et le traitement anticoagulant a été repris pendant cinq mois supplémentaires. Un membre de la famille a réalisé que son parent avait recommencé à prendre l'anticoagulant, même si ce médicament devait être cessé depuis sept mois. Il a validé l'information auprès du médecin du patient qui s'est assuré que l'anticoagulant soit bel et bien cessé.

Le bulletin Médicamentssecuritaires.ca rappelle aux consommateurs qu'ils devraient savoir quand cesser de prendre des médicaments prescrits uniquement pour une période de temps déterminée et toujours conserver une liste de tous leurs médicaments et la façon dont ils les utilisent.

Lors de la prescription ou de la distribution d'un médicament, les praticiens peuvent aider les personnes en s'assurant qu'ils comprennent pour quelle indication il est donné et pour combien de temps il doit être pris. De plus, si un médicament doit être cessé, les praticiens devraient s'assurer d'informer la pharmacie du patient ainsi que les autres professionnels de soins concernés. Les praticiens devraient également mettre à jour le dossier des consommateurs pour s'assurer que les médicaments qui ont cessé d'être pris sont supprimés de la liste des traitements actifs.

Pour en savoir davantage, les consommateurs et les praticiens peuvent visiter le

www.medicamentssecuritaires.ca/bulletins/dossiers/201410BulletinV5N7CesserMedicament.pdf



Médicamentssecuritaires.ca

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



Le CHUM, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, est le principal collaborateur francophone de l'ISMP Canada aux fins de traduction de la documentation et de la dispensation des formations concernées. Il offre prioritairement des soins et des services surspécialisés à une clientèle adulte régionale et suprarégionale.

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



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

.....

Veillez noter que l'information présentée est fournie à titre informatif et ne constitue pas un avis formel de l'ISMP Canada ou du CHUM. Vous ne devez pas prendre de décision en vous fiant uniquement à ces renseignements. En tout temps, veuillez-vous référer aux normes qui régissent votre profession.

Pour déclarer les accidents liés à la médication

(incluant les évités de justesse)

En ligne :

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

Téléphone : 1-866-544-7672

ISMP Canada s'efforce d'assurer la confidentialité et la sécurité des renseignements reçus et respectera la volonté du déclarant quant au niveau de détail à inclure dans ses publications. Les bulletins de l'ISMP Canada contribuent aux alertes mondiales sur la sécurité des patients.

Inscrivez-vous

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

www.ismp-canada.org/subscription.htm

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

Contactez-nous

Adresse courriel : cmirps@ismp-canada.org

Téléphone : 1-866-544-7672

.....

©2014 Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. ISMP Canada autorise aux abonnés d'utiliser le matériel contenu dans ses bulletins dans le cadre de bulletins ou d'autres communications internes seulement. Toute autre reproduction de quelque façon que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite de l'ISMP Canada.