

Direction des services professionnels

PROCÉDURE

GESTION DES MÉDICAMENTS DE NIVEAU D'ALERTE ÉLEVÉ

N° Procédure : PRO-003	Responsable de l'application : Direction des services professionnels	
N° Politique/Règlement associé : POL-007		
Approuvée par : Comité de direction	Date d'approbation : 2019-06-11	Date de révision : 2023-06-11

Destinataires : Personnel infirmier, inhalothérapeutes, technologues en radio-oncologie, technologues en imagerie médicale, médecins, pharmaciens et assistants techniques en pharmacie du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL).

1. ÉTAPES COMMUNES

- 1.1. Se référer à la POL-007.

2. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – COMITÉ DE GESTION DES MÉDICAMENTS

- 2.1. Passer en revue et approuver les raisons pour lesquelles les électrolytes, les opiacées et les produits d'héparine sont disponibles.
- 2.2. Revoir les mesures de protection mises en place pour réduire les risques d'erreur.

3. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – ÉQUIPE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ (EACQ)

- 3.1. Mettre à jour de façon régulière la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé (lors de l'arrivée de nouveaux médicaments, suite à l'analyse des rapports d'erreurs impliquant des médicaments, etc.).
- 3.2. Réviser le tableau des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé.

4. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PHARMACIEN-ADJOINT RESPONSABLE DU SYSTÈME D'INFORMATION PHARMACEUTIQUE

- 4.1. Maintenir à jour la liste des médicaments de niveau d'alerte élevé disponible sur l'Intranet du CIUSSS-EMTL.

- 4.2. Prévenir le personnel lors de toutes modifications.
- 4.3. Mettre à jour le manuel d'administration des médicaments intraveineux ou l'équivalent selon les installations.

5. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PHARMACIENS DE L'ÉTABLISSEMENT - GESTION DES OPIACÉS INJECTABLES

- 5.1. Évaluer annuellement, l'utilisation, la disponibilité et l'entreposage des différents types d'opiacés utilisés au CIUSSS-EMTL.
- 5.2. Effectuer hebdomadairement, l'inventaire des opiacés entreposés à la pharmacie et annuellement, dans tous les secteurs de soins. L'inventaire supervisé par le département de pharmacie comprend :
 - La vérification des produits entreposés et leur quantité;
 - La vérification des dates d'expiration;
 - L'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit entreposé;
 - L'identification et le retrait des produits jugés non nécessaires.
- 5.3. S'assurer qu'un « Comité interdisciplinaire de gestion des médicaments » passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles les opiacés sont disponibles et revoit les mesures de protection mises en place pour réduire les risques d'erreur.
- 5.4. Soumettre l'administration des opiacés injectables aux stratégies de DVI, DVP et 2S (voir les définitions dans la politique de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé) et à des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé (voir le tableau à l'Annexe 2 de la POL-007).
- 5.5. Réduire la disponibilité des opiacés. Les entreposer dans les tiroirs sécurisés des cabinets automatisés de distribution, dans les armoires à narcotiques de certains secteurs de soins et dans les tiroirs barrés des chariots à médicaments. Contrôler l'utilisation avec une feuille de décompte ou un autre mécanisme de contrôle.
- 5.6. Effectuer le choix des préparations faites au SCAS de la pharmacie annuellement.
- 5.7. S'assurer de respecter les particularités pour chacun des produits suivants :
 - **Morphine dans les unités de soins pour adultes : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 15 mg par contenant**
Hydromorphone : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2 mg par contenant :
 - Ils ne sont jamais disponibles dans les réserves des secteurs de soins à l'exception de l'unité des soins palliatifs.
 - Ils sont préparés individuellement au nom des usagers par le département de pharmacie et sont distribués de façon sécuritaire (conditionnement distinct des autres préparations).
 - **Morphine dans les unités de soins pédiatriques : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 2mg par contenant**
 - Il est jugé plus sécuritaire d'utiliser les fioles de 10mg/mL en pédiatrie malgré l'existence des fioles de 2mg/mL sur le marché. En effet, les

risques d'erreurs associées à la présence de concentrations multiples d'un même produit en pédiatrie ne sont pas négligeables.

- Les fioles de 2mg/mL sont disponibles seulement à l'unité néonatale.
- **Fentanyl : les ampoules ou les flacons dont la dose totale est supérieure à 100mcg par contenant :**
 - Ils ne sont pas disponibles dans les réserves des secteurs de soins à l'exception des salles d'opération, des salles de choc de l'urgence et des unités de soins intensifs et coronariens.
- **Rémifentanyl et sufentanyl :**
 - Ils ne sont jamais disponibles dans les réserves des secteurs de soins à l'exception des salles d'opération et de la clinique de la gestion de la douleur.

6. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PHARMACIENS DE L'ÉTABLISSEMENT – GESTION DES PRODUITS À L'HÉPARINE

Les produits à l'héparine comprennent l'héparine non fractionnés (HNF) et les héparines de bas poids moléculaire (HBPM).

- 6.1. Évaluer l'utilisation, la disponibilité et l'entreposage des différents types d'héparine utilisés au CIUSSS-EMTL annuellement.
- 6.2. Effectuer annuellement, l'inventaire des héparines entreposées au département de pharmacie et dans tous les secteurs de soins. L'inventaire supervisé par le département de pharmacie comprend la vérification des produits entreposés et leur quantité, la vérification des dates d'expiration, l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit entreposé et l'identification et le retrait des produits jugés non nécessaires.
- 6.3. S'assurer qu'un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles les produits d'héparine sont disponibles et revoit les mesures de protection mises en place pour réduire les risques d'erreur. Les indications des différents produits à l'héparine doivent être standardisées et clairement formulées.
- 6.4. Favoriser la rédaction d'OIP ou de protocole pour la standardisation de l'utilisation des différents produits à l'héparine.
- 6.5. Soumettre l'administration des produits à l'héparine aux stratégies de DVI, DVP et 2S (voir les définitions dans la politique de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé) et à des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé (voir le tableau à l'Annexe 2 de la POL-007.
- 6.6. Effectuer annuellement le choix des préparations faites au SCAS de la pharmacie.
- 6.7. Ajouter le mot « *anticoagulant* » sur l'étiquette de la pharmacie pour les médicaments de cette catégorie.

- 6.8. S'assurer de respecter les particularités pour chacun des produits suivants :
- **HNF à dose élevée (50 000 unités/fiole) et HBPM à usage multiple (fioles) :**
 - HNF à dose élevée disponible seulement au SCAS de la pharmacie pour faire des préparations stériles;
 - HBPM à usage multiple en disponibilité limitée (armoire de dépannage des CHSLD, armoire de dépannage des CH dans les cabinets automatisés ou cabinets automatisés de l'urgence et des soins intensifs).
 - **HNF à concentration intermédiaire (10 000 unités/fiole) et HBPM en seringues à usage unique :**
 - Sont disponibles en quantité limitée;
 - Si entreposés dans les réserves des secteurs de soins, ces produits à l'héparine sont identifiés comme étant des médicaments de niveau d'alerte élevé;
Si entreposés dans les cabinets automatisés de distribution, les règles d'entreposage des médicaments de niveau d'alerte élevé sont respectées.
 - **HNF en seringues à usage unique de 25 000 unités (2.5mL) :**
 - Servent pour la préparation des solutés sur les unités de soins de l'HMR lors des ruptures de marchandise des HNF en solutés prêts à l'usage;
 - Sont servies au nom de l'utilisateur, sont disponibles dans certains cabinets automatisés de distribution ou dans l'armoire à narcotiques de certains secteurs de soins et sont soumises à un contrôle avec feuille de décompte.
 - **HNF en solutés prêts à l'usage de 25000 unités/250mL (HSCO):**
 - Sont disponibles en quantité limitée;
 - Si entreposés dans les réserves des secteurs de soins, ces produits à l'héparine sont identifiés comme étant des médicaments de niveau d'alerte élevé;
 - Une étiquette auxiliaire est apposée sur chaque soluté.
 - **HNF en solutés prêts à l'usage de 25000 unités/500mL (HMR):**
 - Sont disponibles en quantité limitée;
 - Si entreposés dans les réserves des secteurs de soins, ces produits à l'héparine sont identifiés comme étant des médicaments de niveau d'alerte élevé;
 - Une étiquette auxiliaire est apposée sur chaque soluté.

7. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PHARMACIENS DE L'ÉTABLISSEMENT – GESTION DES ÉLECTROLYTES

- 7.1. Évaluer annuellement, l'utilisation, la disponibilité et l'entreposage des différents types d'électrolytes utilisés au CIUSSS-EMTL.
- 7.2. Effectuer annuellement, l'inventaire des électrolytes entreposés à la pharmacie et dans tous les secteurs de soins. L'inventaire supervisé par le département de

pharmacie comprend la vérification des produits entreposés et leur quantité, la vérification des dates d'expiration, l'évaluation de l'utilisation prévue de chaque produit entreposé et l'identification et le retrait des produits jugés non nécessaires.

- 7.3. S'assurer qu'un comité interdisciplinaire de gestion des médicaments passe en revue et approuve les raisons pour lesquelles les électrolytes sont disponibles et revoit les mesures de protection mises en place pour réduire les risques d'erreur.
- 7.4. Soumettre l'administration des électrolytes à la stratégie de DVI (voir la définition dans la politique de gestion des médicaments de niveau d'alerte élevé) et à des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé (voir le tableau à l'Annexe 2 de la POL-007).
- 7.5. Effectuer le choix des préparations faites au SCAS de la pharmacie annuellement.
- 7.6. S'assurer de respecter les particularités pour chacun des produits suivants :
 - **Potassium (chlorure et phosphate) injectable :**
 - Aucun entreposage de fioles n'est permis sur les unités de soins (sauf sous accès restreint ex : cabinets à l'urgence ou aux soins intensifs);
 - Les mini-sacs et solutés contenant du KCl et du KPO4 doivent être entreposés de façon sécuritaire à la pharmacie et sur les unités de soins (identification claire, espace réservé);
 - Pour les solutés de KCl non disponibles commercialement, la préparation est faite au SCAS de la pharmacie et est servie au nom de l'utilisateur ou les fioles sont servies au nom de l'utilisateur pour la préparation du soluté avec une étiquette auxiliaire (réévaluation aux 24 heures). Le cas échéant, il existe une politique de substitution automatique par des préparations commercialement disponibles, (selon les installations);
 - Pour les solutés de KPO4, la préparation est faite au SCAS de la pharmacie et est servie au nom de l'utilisateur ou les fioles sont servies au nom de l'utilisateur pour la préparation du soluté avec une étiquette auxiliaire (réévaluation aux 24 heures);
 - L'administration sous ECG est administrée selon le dosage et la vitesse spécifiés dans le tableau des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé.
 - **Magnésium (sulfate) injectable à des concentrations supérieures à 20% :**
 - Un nombre restreint de fioles sont disponibles dans les tiroirs sécurisés des cabinets automatisés de distribution ou dans les communs de dépannage des unités de soins;
 - Les fioles sont servies au nom de l'utilisateur avec une étiquette auxiliaire.
 - **Sodium (acétate et phosphate) injectable à des concentrations supérieures ou égales à 4 mmol/mL :**
 - Les solutés sont préparés par le SCAS de la pharmacie et servis au nom de l'utilisateur ou les fioles sont servies au nom de l'utilisateur pour la préparation du soluté avec une étiquette auxiliaire (selon les installations).

- Les mini-sacs et solutés contenant du NaPO₄ doivent être entreposés de façon sécuritaire à la pharmacie et sur les unités de soins (identification claire, espace réservé).
- **Sodium (chlorure) injectable à des concentrations supérieures à 0,9% :**
 - Les solutés à 3% et 5% sont entreposés au département de pharmacie. Les endroits (localisations ou contenants) sont identifiés par un étiquetage particulier (étiquette P-Touch imprimée blanc sur rouge) et/ou logo d'alerte. Une étiquette de couleur est apposée sur les sacs;
 - Les solutés à 3% sont servis au nom de l'utilisateur. Seul un nombre restreint de solutés à 3% sont disponibles dans les réserves des unités des soins critiques;
 - Les solutés à 5% sont utilisés seulement au laboratoire de médecine nucléaire pour le marquage des globules rouges;
 - Les solutés à 7,5% sont préparés par le SCAS de la pharmacie et sont utilisés aux soins intensifs sous protocole seulement.
- **Calcium (chlorure et gluconate) injectable à des concentrations supérieures ou égales à 10% :**

Calcium chlorure :

 - Seules les seringues sont disponibles dans l'établissement (sauf au SCAS de la pharmacie);
 - La disponibilité des seringues est limitée aux réserves des unités de soins critiques et dans les chariots à code d'urgence;
 - Des seringues sont servies au nom de l'utilisateur sur ordonnance seulement;
 - Des solutés de chlorure de calcium concentré sont préparés par le SCAS de la pharmacie sur ordonnance.

Calcium gluconate :

 - La disponibilité d'un nombre de fioles est limitée aux tiroirs sécurisés des cabinets automatisés de distribution ou dans les communs armoires de dépannage des unités de soins;
 - Des fioles sont servies au nom de l'utilisateur sur ordonnance;
 - Des solutés de gluconate de calcium concentré sont préparés par le SCAS de la pharmacie sur ordonnance.

8. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – PROFESSIONNELS AUTORISÉS

- 8.1. Utiliser toutes les stratégies décrites dans le tableau des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé (voir le tableau à l'Annexe 2 de la POL-007).
- 8.2. Signer (double signature) sur la FADM (un autre formulaire peut faire office de FADM).
- 8.3. Si le professionnel autorisé est la seule personne présente, il doit demander la collaboration d'un professionnel autorisé exerçant sur une autre unité pour faire la DVI.

- 8.4. Dans l'impossibilité de pouvoir effectuer une DVI, le professionnel autorisé effectue lui-même sa vérification à deux (2) reprises en gardant à l'esprit qu'il est plus difficile de vérifier son propre travail et qu'il se doit d'être doublement vigilant.
- 8.5. Dans l'impossibilité de pouvoir effectuer une DVI, le professionnel autorisé doit préciser l'heure de la dite vérification et inscrire DVII à côté de ses initiales. Cette mesure doit demeurer exceptionnelle.
- 8.6. Le professionnel autorisé peut administrer les médicaments qui portent le code MD* dans certaines conditions précises. Si des conditions particulières de surveillance médicale sont alors requises, elles sont également précisées dans les commentaires associés au médicament.
- 8.7. Lors d'un code d'arrêt cardiaque, en situation d'urgence ou en salle d'opération, un autre professionnel autorisé peut administrer le médicament en remplacement du médecin sous la surveillance immédiate (au chevet) de ce dernier.

9. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – TECHNOLOGUES EN IMAGERIE MÉDICALE

- 9.1. Pour les agents de contraste seulement, le professionnel autorisé effectue lui-même sa vérification à deux (2) reprises en gardant à l'esprit qu'il est plus difficile de vérifier son propre travail et qu'il se doit d'être doublement vigilant.
- 9.2. Pour les agents de contraste seulement, dans l'impossibilité de pouvoir effectuer une DVI, le professionnel autorisé doit préciser l'heure de la dite vérification et inscrire DVII à côté de ses initiales. Cette mesure doit demeurer exceptionnelle.

10. ÉTAPES SPÉCIFIQUES – MÉDECINS OU RÉSIDENTS

- 10.1. Administrer les médicaments en bolus de moins de 10 minutes qui portent la mention MD dans le tableau des stratégies de sécurité pour l'administration des médicaments de niveau d'alerte élevé.

11. ÉLABORATION, RÉDACTION ET MISE À JOUR DE LA PRÉSENTE PROCÉDURE

11.1. Direction des services professionnels, pharmacien responsable de l'ÉACQ-Médicaments de niveau d'alerte élevé

Responsable de l'élaboration, de la rédaction et de la mise à jour de la procédure.

11.2. Direction des services professionnels (médecins, pharmaciens, technologues en radio-oncologie et technologues en imagerie médicale) – Direction des soins infirmiers (personnel infirmier en médecine, en chirurgie, exerçant à l'unité des soins intensifs, à l'urgence et à la salle d'opération) – Direction des services multidisciplinaires (inhalothérapeutes)

Direction(s) ayant participé à l'élaboration, la rédaction et la mise à jour de la procédure.

11.3. Direction des services professionnels (département de cardiologie, de pédiatrie et de néonatalogie) – Direction des soins infirmiers (personnel infirmier, CCSI/CSI en hémodynamie, en hémodialyse, en pédiatrie et en gériatrie)

Direction(s) ayant été consulté(s).

11.4. Calendrier de révision de la procédure

La présente procédure devra être révisée tous les 4 ans ou plus rapidement en fonction des besoins.

12. ENTRÉE EN VIGUEUR

La présente procédure entre en vigueur le jour de son adoption par le comité de direction et annule, par le fait même, toute autre procédure en cette matière adoptée antérieurement dans l'une des installations administrées par le CIUSSS-EMTL.