



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 1 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

Objet : Ce document a pour objet d'identifier les médicaments à risque dans l'établissement pour sécuriser la prescription, la préparation et l'administration de ces produits en requérant un haut niveau d'attention de la part des professionnels.

Résumé des modifications intervenues :

Mots clés : médicaments à risque / vigilance / MHR / recommandations / surveillance

Documents de référence

- Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique,
- Loi du 9 juillet 2009 et décrets d'application :
 - décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009,
 - décret n° 2010-439 du 30 avril 2010,
 - décret n° 2010-656 du 11 juin 2010,
 - décret n° 2010-1029 du 30 août 2010,
 - décret n° 1408 du 12 novembre 2010.
- Décret n° 2008-1121 du 31 octobre 2008 relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du CSS (en cours de révision),
- Article L. 6113-3 du Code de la santé publique et le Manuel de certification V2010 (révisé 2011), chapitre 2, référence 20, critères 20.a et 20.b,
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Circulaire N°DGOS N° DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé et site de l'ANSM

Annexe jointe :

- Liste des médicaments à risque
- Affiche médicaments à risque

Validation

Rédaction : Dr LONGUEFOSSE Jean-Louis - Responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients

Approbation : Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS)
CME

Validation : Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques

Date d'application :



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 2 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

Diffusion

Pour application :

- Services intra et extra hospitaliers

Pour classement :

- Direction des Services Infirmiers
- Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques
-

Evaluation : Tous les ans

Table des matières

1 – Introduction	3
2 – Objectifs:	3
2 – Personnels concernés :.....	4
3 – Méthodes :.....	4
3-1 Identifier les médicaments à risque	4
- Accès PHARMA pour les IDE :	5
- Accès PHARMA pour les prescripteurs:	6
3-2: Consignes générales	7
4 – Gestion et informations des médicaments à risques de l'établissement.....	7
4.1- Neuroleptiques.....	7
4.1.1- Neuroleptiques à action prolongée (NAP).....	7
4.1.2- Olanzapine (Zyprexa®) 10 mg injectable IM	8
4.1.3- Zypadhera susp inj LP (voie IM).....	8
4.1.4- Leponex (clozapine).....	8
4.2 –Lithium: Teralithe.....	9
4.3 – Anticoagulants	9
4.3.1 Antivitaminiques K.....	9
4.3.2 Héparines.....	10
4.4 – Colchicine.....	10
4.5 – Analgésiques morphiniques majeurs (Antalgiques du palier III).....	12
4.6 – Hypoglycémiants oraux.....	14
4.7 - Insulines	15
4.8 - Electrolytes	16
4.9 – Agonistes adrenergiques	16
4.10 – Autres médicaments	17
5 – Annexes	17
5.1 - Annexe 1: Listing des médicaments à risques.....	17
5.2 – Annexe 2: Affichette médicaments à risque	20



1 – Introduction

L'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la prise en charge médicamenteuse définit les médicaments à risque comme des « *médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient* ».

Avec ces « médicaments à risque », les erreurs d'utilisation ne sont pas forcément plus fréquentes, mais elles ont des conséquences graves pour les patients.

La surveillance et la vigilance sont renforcées pour les médicaments à marge thérapeutique étroite :

1. Neuroleptiques
2. Lithium
3. Anticoagulants (AVK, inhibiteurs du facteur Xa, héparines, HBPM),
4. Insulines
5. Hypoglycémifiants oraux
6. Solutions d'électrolytes
7. Morphiniques
8. Colchicine
9. Agonistes adrénergiques
10. Autres médicaments (antiarythmiques, naltrexone, lamotrigine)

- ✓ Les médicaments à haut risque (MHR) sont responsables de la majorité des incidents graves et sont prioritaires dans la conduite d'actions
- ✓ La prescription, la dispensation, la préparation et l'administration de ces produits requièrent un haut niveau d'attention de la part des professionnels.
- ✓ Les mesures de gestion des « médicaments à risque » à mettre en œuvre doivent être décidées en fonction de la faisabilité et elles doivent évoluer au cours du temps
- ✓ Une évaluation de l'impact doit être conduite dans la mesure du possible

2 – Objectifs:

Identifier les médicaments à risque dans un établissement doit permettre de sécuriser la prescription, la préparation et l'administration de ces produits en requérant un haut niveau d'attention de la part des professionnels.

La liste des « médicaments à risque » doit permettre de :



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 4 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

- ✓ standardiser les règles de prescription,
- ✓ limiter le risque d'erreur de stockage dans les unités de soins,
- ✓ standardiser et limiter le nombre de concentrations disponibles,
- ✓ faciliter l'accès aux informations de ces produits avec la mise en place de protocoles médicamenteux et de recommandations accessibles sur PHARMA
- ✓ mettre en place une double vérification lors des calculs de dose, de la préparation des piluliers et de l'administration des médicaments à haut risque aux patients.

2 – Personnels concernés :

Médecins, Pharmaciens, Cadre infirmier, I.D.E., A.S

3 – Méthodes :

3-1 Identifier les médicaments à risque

- Tous les « médicaments à risque » de l'établissement sont identifiés dans le livret thérapeutique + dans l'armoire + logiciel PHARMA
- Tous les tiroirs et bacs d'armoire de service contenant des médicaments à risques doivent être identifiés par un étiquetage spécifique : un étiquetage d'alerte (couleur, pictogramme) afin d'alerter les soignants. Ces étiquettes sont disponibles à la pharmacie
 - Etiquettes rouges pour les Formes injectables avec mention : « Médicament à Haut risque, exige une double vérification »
 - Etiquettes vertes pour les formes orales avec mention : « Médicament à risque »
- Des aides à la décision pour la prescription et des alertes sont accessibles sur le logiciel PHARMA. Pour accéder au document lié en cas de surveillance renforcée cliquer sur le logo :





GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 5 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

- Accès PHARMA pour les IDE :

A partir du plan de soin, si vous cliquez sur la bulle afin de tracer l'administration du produit, notez l'encart en bas à droite.

Administration

XEPLON LP 75 mg/1 mL, susp inj, srg : 1 seringue pré-remplie midi une fois par mois
Voie intramusculaire
Prise du 08/07/2014 à 12:00

IGLESIAS Emmanuel Jean

Produit	A donner	Donné	Prise suivante
XEPLON LP 75 mg/1 mL, susp inj, srg	1,000	1,000	

Commentaire général : XEPLON 75 MG EN RUPTURE PROVISOIRE JUSQU'AU 7 OCTOBRE
Conseils d'utilisation : INJECTION IM DANS LE DELTOÏDE (BRAS) POUR TOUT NOUVEAU PATIENT
(première injection à 150 mg et 2ème injection à 75 à 150 mg) TOUTS 15 JOURS (25 à 150 MG DELTOÏDE OU GLUTEAL (PESSE)
En cas de schizophrénie sévère DAMM prévoit une instauration du traitement par du RISPERDAL CPR jusqu'à stabilisation du patient

Double cliquer sur le logo  pour pouvoir ouvrir le document associé.

Ce document reprend toutes les recommandations et informations utiles à la gestion de ce médicament à risque.

NEUROLEPTIQUES

Sont concernés les neuroleptiques injectables à action prolongée (NAP), les neuroleptiques injectables à surveillance particulière, le LEPOXEN

NAP

Risques :

- oubli de réaliser une injection
- erreur sur la date de l'injection
- erreur d'équivalence
- confusion entre Clopixol AP (action prolongée) et Clopixol ASP (action semi-prolongée)
- Administration de Clopixol ASP sans respecter un intervalle de 48-72 h entre 2 injections

Mesures préventives :

Les NAP sont à prescrire uniquement sur Pharma (afin d'éviter tout oubli ou double prescription). La prescription sur CIMAISE est proscrite.

Vigilance à la lecture de l'étiquetage. Conserver l'emballage individuel avec identification patient et date d'injection

S'assurer de la traçabilité de la dernière injection (sur le logiciel Pharma, livret Janssen, agenda ou autre tableau de suivi)

Olanzapine (Zyprexa®) 10 mg injectable IM



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 6 sur 24

Date de validation :

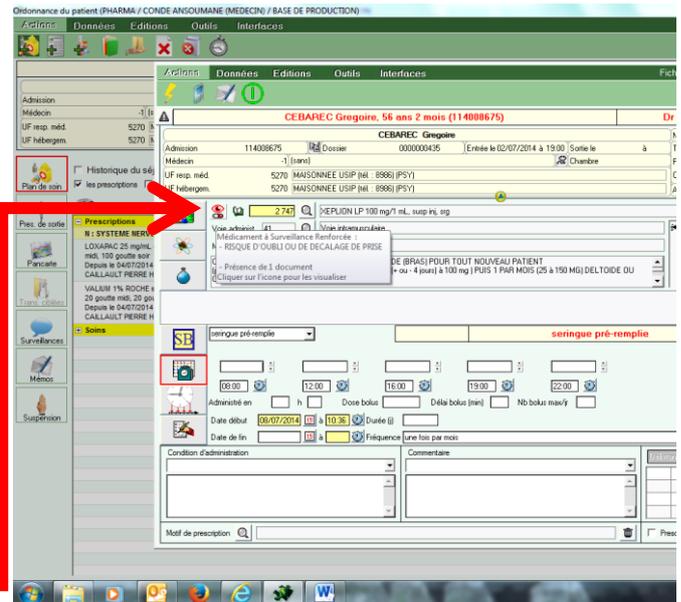
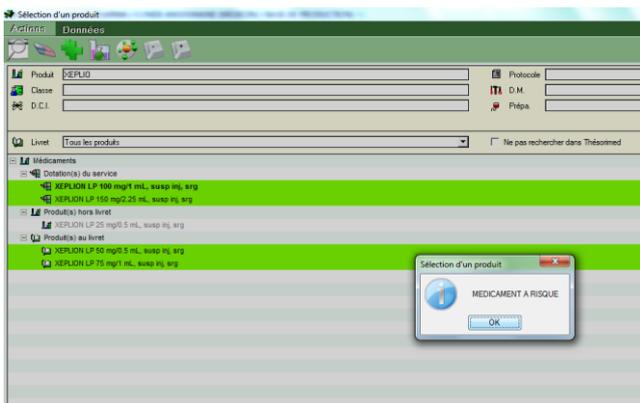
Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

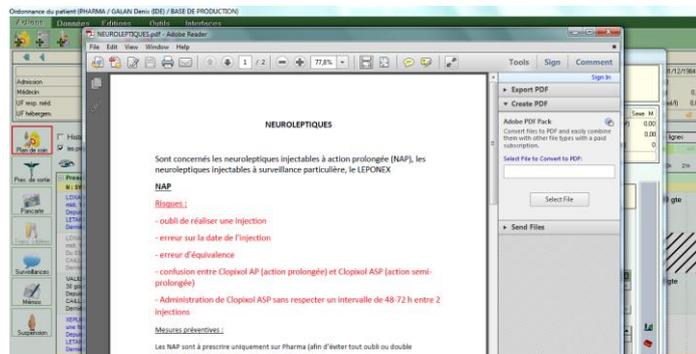
- Accès PHARMA pour les prescripteurs:

Lors de la prescription, la sélection d'un médicament à risque va faire apparaître l'encart suivant « MEDICAMENT A RISQUE » afin de vous alerter. Cliquer sur OK



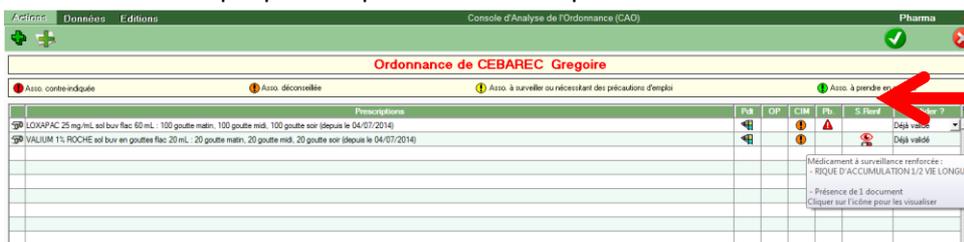
Double cliquer sur le logo  pour pouvoir

ouvrir le document associé. Ce document reprend toutes les recommandations et informations utiles à la gestion de ce médicament à risque.



Avant de terminer la prescription, lors de l'affichage de console d'analyse de

l'ordonnance, le logo  permet encore de vérifier et éventuellement de se renseigner sur lors le médicament à risque prescrit par un double cliquer.





3-2: Consignes générales

- Interdiction des prêts et échanges de « médicaments à risque » entre les unités de soins
- Interdiction de déconditionner les comprimés des blisters
- Ne pas réintégrer dans le stock des comprimés coupés et non identifiables
- Appliquez la règle des 5 B systématiquement (bon patient, bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment)
- Rappel pour les formes injectables du message suivant : « Haut risque : Exige une double vérification ».
- Antidotes mis à disposition dans le chariot d'urgence avec leurs protocoles associés

4: Gestion et informations des médicaments à risques de l'établissement

4.1- Neuroleptiques

Sont concernés les neuroleptiques injectables à action prolongée (NAP), les neuroleptiques injectables à surveillance particulière, le LEPONEX

4.1.1- Neuroleptiques à action prolongée (NAP)

Risques

- Oubli de réaliser une injection
- Erreur sur la date de l'injection
- Erreur d'équivalence
- Confusion entre Clopixol AP (action prolongée) et Clopixol ASP (action semi-prolongée)
- Administration de Clopixol ASP sans respecter un intervalle de 48-72 h entre 2 injections

Mesures préventives

- NAP sont à prescrire uniquement sur PHARMA (afin d'éviter tout oubli ou double prescription).
- Vigilance à la lecture de l'étiquetage. Conserver l'emballage individuel avec identification patient et date d'injection
- S'assurer de la traçabilité de la dernière injection (sur le logiciel PHARMA, livret Janssen, agenda ou autre tableau de suivi)



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 8 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

4.1.2- Olanzapine (Zyprexa®) 10 mg injectable IM

Risques	Dépression cardio-respiratoire, hypotension et bradycardie parfois mortelles Risque de confusion avec le Zypadhera (indications différentes)
Mesures préventives	<ul style="list-style-type: none">• Uniquement en instauration de traitement (3 jours max consécutifs) lorsque la voie orale n'est pas adaptée• Double vérification lors de la préparation du traitement et de l'injection au patient

4.1.3- Zypadhera susp inj LP (voie IM)

Risque	<ul style="list-style-type: none">- Syndrome post-injection dans l'heure qui suit l'injection (sédation, coma, délirium, symptômes extrapyramidaux, anxiété, ataxie, vertiges, confusion, hypertension)- Risque de confusion avec le Zyprexa injectable (indications différentes)
Mesures préventives	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalisation obligatoire du patient• Administration par un professionnel de santé formé• Double vérification lors de la préparation du traitement et de l'injection au patient• Surveillance post-injection pendant au moins 3 heures• Patient à reconduire à son domicile par une tierce personne

4.1.4- Leponex (clozapine)

Risque	- Agranulocytose, neutropénie, anomalies métaboliques et cardiaques
Mesures préventives	<ul style="list-style-type: none">• Surveillance stricte de la formule sanguine (globules blancs et polynucléaires neutrophiles) NFS hebdomadaire les 18 premières semaines de traitement puis mensuelles.• Reprise du traitement à dose progressive si interruption supérieure à 2 jours• Si interruption de plus de 3 jours après plus de 18 semaines de traitement, reconstrôler la formule sanguine de façon hebdomadaire (voir VIDAL)• Ne jamais réexposer les patients chez lesquels la Clozapine a été arrêtée suite à une baisse soit en GB soit en PNN• Carnet de suivi obligatoire pour chaque dispensation• Surveillance métabolique et cardiaque



4.2 – Lithium : Teralithe

Risque - Marge thérapeutique étroite → risque de surdosage

Mesures préventives

- **Surveillance lithiémique et fonction rénale** : contrôle réguliers du taux sanguin (tous les 2 à 3 mois) à la même heure le matin avant la prise du médicament
- Ne pas faire de régime hyposodé ou désodé (augmentation de la lithiémie)
- Association déconseillée (augmentation de la lithiémie): ARAII, AINS, Carbamazépine, Chlorpromazine, diurétiques, fluphénazine, halopéridol, IEC
- Surveillance des signes de surdosage : nausées, tremblements, soif, troubles de l'équilibre

4.3 – Anticoagulants

- AVK (PREVISCAN, SINTROM, MINISINTROM, COUMADINE)
- Inhibiteurs du facteur Xa : XARELTO, PRAXADA, ELIQUIS
- Héparines : CALCIPARINE 12500 & 5000 UI
- HBPM : FRAXIPARINE 2850, 5700, 7600, FRAXODI 11400, 15200, 19000, LOVENOX, 2000, 4000, 6000, 8000

4.3.1 Antivitaminiques K

Risque - Risque hémorragique

Mesures préventives

- Conservez les médicaments dans leur blister de façon à pouvoir identifier les comprimés jusqu'à l'administration au patient.
- Prise de l'AVK tous les jours à la même heure (de préférence le soir)
- **Surveillance biologique indispensable** : INR cible se situe entre 2 et 3 (si INR > 3 : excès d'anticoagulation, si INR > 5 : risque hémorragique)
- Lecture de l'INR si possible avant d'administrer l'AVK
- Remettre au patient un carnet d'information et de suivi. Notez les résultats de l'INR sur le carnet de suivi
- **En cas de survenue d'une hémorragie** (INR > 5), prévenez systématiquement le médecin :

Hémorragie non grave => mesure de l'INR

Hémorragie grave => arrêt de l'AVK, mesure INR en urgence, prise de vitamine K orale et PPSB (KASKADIL), contrôle INR à 30 mn, si INR > 1.5 nouvelle dose de PPSB, contrôle INR à 6-8 h.

Signes d'hémorragie interne : fatigue inhabituelle, essoufflement anormal, pâleur inhabituelle, mal de tête ne cédant pas au traitement habituel, malaise inexplicable.

- **En cas de non prise de l'AVK**, la prise « oubliée » peut être « rattrapée » dans un délai de 8 heures. Passé ce délai, il est préférable de ne pas prendre la dose oubliée et de reprendre la dose suivante à l'heure habituelle. En cas



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 10 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

d'oubli, notez-le dans le carnet de suivi. Ne jamais prendre 2 prises d'AVK dans la même journée (risque d'hémorragie).

- **Attention aux interactions médicamenteuses** (antifongiques AZOLES, DAKTARIN contre-indiqué y compris la forme gel buccal, aspirine à haute dose, AINS).

4.3.2 Héparines

Risque - Erreur de doses

1 – Héparines non fractionnées (HNF)

- Prescription en UI/24 h
- Surveillance biologique quotidienne :
- TCA entre 1.5 et 3 fois le témoin ou surveillance par l'activité anti-Xa (intervalle thérapeutique : 0.3-0.6 UI/ml)
- Contrôle de la numération plaquettaire avant l'instauration du traitement puis 2 à 3 fois par semaine durant 1^o mois de traitement.
- Attention aux IAM (aspirine, AINS, IEC)
- Antidote = Sulfate de Protamine

Mesures préventives

2 – Héparines à bas poids moléculaire (HBPM)

- Prescription en UI anti-Xa en tenant compte du Poids du patient → s'assurer que le poids du patient est bien indiqué dans PHARMA.
- Surveillance de la numération plaquettaire avant le traitement ou au plus tard 24 h après puis 2 fois par semaine pendant 1 mois puis une fois par semaine ensuite (risque de thrombopénie).
- Attention aux IAM (aspirine, AINS, IEC)
- Antidote = sulfate de protamine

4.4 – Colchicine

- Colchicine, Colchimax

Risque

- **Surdosage (si non-respect des contre-indications médicamenteuses, des posologies et des recommandations d'adaptation posologique notamment en cas d'insuffisance rénale).**
- **Médicament à marge thérapeutique étroite. Toute variation de sa concentration dans l'organisme peut ainsi entraîner des effets indésirables potentiellement graves ou d'évolution fatale.**

Mesures préventives

- Surveillance diarrhée et nausée (IDE), respect des contre-indications, prescription de faibles posologies (prescripteurs)
- Aucun antidote en cas de surdosage.
- **Respecter impérativement les contre-indications de la colchicine, lors de sa prescription et de sa délivrance, dans les situations suivantes :**



chez le sujet insuffisant rénal sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min), chez le sujet insuffisant hépatique sévère, en cas d'association avec les macrolides (sauf spiramycine - ROVAMYCINE) et la pristinamycine (PYOSTACINE).

- **Informers systématiquement les patients lors de la prescription et de la délivrance de colchicine sur :**

les premiers signes de surdosage (diarrhées, nausées, vomissements) et la nécessité de consulter en cas d'apparition de ces signes, l'importance de la bonne compréhension du schéma posologique, la nécessité d'un avis médical avant toute l'utilisation de colchicine (jamais d'automédication), la nécessité de signaler aux professionnels de santé la prise de ce traitement avant toute nouvelle prescription ou délivrance d'un autre médicament.

- **Réduire les posologies ou d'arrêter le traitement en cas de signes de surdosage :**

Les troubles gastro intestinaux à type de diarrhées, nausées et vomissements peuvent être les premiers signes de surdosage en colchicine auxquels il est recommandé d'être très attentif.

En cas de survenue de ces premiers signes de surdosage, une diminution des posologies ou un arrêt du traitement doit alors être envisagé.

- **Privilégier des posologies faibles de colchicine dans le traitement des accès aigus de goutte :**

Le traitement de l'accès aigu de goutte doit être ponctuel et sa durée doit être mentionnée sur la prescription (entre 4 et 10 jours maximum).

La colchicine est plus efficace quand elle est donnée précocement (de préférence dans les 12 premières heures et jusqu'à 36 heures après l'accès aigu) et peut être utilisée à des doses faibles.

La posologie de 3 mg correspond à la posologie à ne jamais dépasser et doit être réservée à la prise en charge tardive d'un accès aigu et uniquement au cours du 1er jour de traitement.

La posologie maximale par unité de prise est de 1 mg.

- **Adapter la posologie, en cas de facteur de risque d'insuffisance rénale ou hépatique:**

Une diminution de la posologie est recommandée et une attention particulière doit être portée chez le patient, notamment le sujet âgé, à risque d'insuffisance rénale (insuffisance rénale chronique, médicaments concomitants, risque de déshydratation...) et/ou d'insuffisance hépatique.

Le schéma posologique est rappelé dans le tableau ci-après :

	Prise en charge précoce des accès d'une crise aiguë de goutte (jusqu'à 36h)	Posologie maximale
1er jour	1 mg à 2 mg (<i>soit 1 mg 1 à 2 fois par jour</i>)	3 mg[2] (<i>soit 1 mg 3 fois par jour</i>)
2ème jour	1 mg à 2 mg (<i>soit 1 mg 1 à 2 fois par jour</i>)	2 mg (<i>soit 1 mg 2 fois par jour</i>)
3ème jour	1 mg à 2 mg (<i>soit 1 mg 1 à 2 fois par jour</i>)	2 mg (<i>soit 1 mg 2 fois par jour</i>)
4ème jour et suiv	1 mg	1 mg



4.5 – Analgésiques morphiniques majeurs (Antalgiques du palier III)

- Morphine par voie injectable (SC et IV)
- Morphine par voie orale à libération immédiate (ActiSkenan) et libération prolongée (Skenan LP)
- Fentanyl par voie transdermique (Durogesic)

Risques

- Erreur de doses
- Risque de surdosage
- Risque de syndrome de sevrage

Mesures préventives

1 – DUROGESIC :

✓ IDE

- S'assurer du jour de la pose
- Appliquer et changer méthodiquement le dispositif (se laver les mains après l'application et le retrait, enlever systématiquement le dispositif usagé avant d'en mettre un nouveau...)
- Eviter certains gestes (ne pas couper, ne pas plier)
- Ne pas oublier le patch sur le patient (risque de surdosage)
- Retour du patch usagé en pharmacie

✓ Prescripteurs

- Prescription sur ordonnance sécurisée avec indication en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prises, du dosage
- Prendre garde aux différents dosages existants
- Ne pas initier un traitement antalgique d'emblée par des dispositifs transdermiques
- Prendre garde aux différents dosages existants
- Prescrire impérativement en "rythme" sur PHARMA : 1 jour tous les 3 jours
- Eviter l'arrêt brutal par une diminution progressive des doses

2 - AUTRES MORPHINIQUES :

✓ IDE : Retour des ampoules vides de morphine à la pharmacie

✓ Prescripteurs

- Prescription sur ordonnance sécurisée avec indication en toutes lettres du nombre d'unités thérapeutiques par prise, du nombre de prises, du dosage
- Prendre garde aux différents dosages existants
- Eviter l'arrêt brutal par une diminution progressive des doses pour éviter un syndrome de sevrage (anxiété, irritabilité, frissons, mydriase, bouffées de chaleur, sudation, larmoiement, rhinorrhée, nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhées, arthralgies)



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 13 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

ANTALGIQUES DU PALIER III (OPIACÉS FORTS)						
	Substances	Délai d'action	Pic d'action	Intervalle d'administration	Précautions d'emploi communes	Effets indésirables
	<i>Exemples</i>					
VOIE ORALE	Sulfate de Morphine Actiskénan® gel. à 5, 10, 20, et 30 mg (ou Sévrédol® cps à 10 ou 20 mg)	20 à 30'	1 à 2 heures	1 à 6 heures	Insuffisance respiratoire décompensée Insuffisance hépatocellulaire sévère Traumatisme crânien Allergie à la Morphine Alcoolisme aigu Delirium tremens	Sédation Rétention d'urine Nausées Vomissements Hyperthermie Prurit Délire Hallucinations Confusion
	Skénan® LP gel. à 10, 30, 60, 100 et 200 mg (ou Moscontin® cps à 10, 30, 60, 100 et 200 mg)	30 à 60'	2 à 4 heures	8 à 12 heures		
	Kapanol® LP gel. à 20, 50 et 100 mg	30 à 60'	8 à 10 heures	24 heures		
	Hydromorphone Sophidone® LP gel à 4, 8, 16 et 24 mg	30 à 60'	2 à 4 heures	12 heures		
	Oxycodone Oxynorm® gel 5, 10, 20 mg Oxycontin® LP cps à 10, 20, 40 et 80 mg	20 à 30' 1 à 2 heures	1 à 2 heures 2 à 4 heures	1 à 6 heures 12 heures		
VOIE IVL, SC	Chlorydrate de Morphine	10 à 60'	1 à 2 heures	1 à 6 heures	Épilepsie non traitée	
VOIE TRANSDERMIQUE	Fentanyl Durogésic® patchs à 25, 50, 75 et 100 µg/h	4 à 12 heures	24 à 72 heures	48 à 72 heures		

TABLEAU D'ÉQUIANALGÉSIE DES MORPHINIQUES

	Facteur de conversion	Voie Orale	Voie S/C	Voie IVL	Exemples
Morphine (Skénan®, Moscontin®, Chlorydrate de Morphine)	1 (opiacé de référence)	60 mg PO ≈ 30 mg SC ≈ 20 mg IVL			
Hydromorphone (Sophidone® LP)	8		8 mg		4 mg de Sophidone® ≈ 32 mg de Skénan LP®
Paracétamol-Dextropoxyphène (Di-Antalvic®) (30 mg de dextropoxyphène / gel)	1/6		360 mg		6 gel de Di-Antalvic® ≈ 30 mg de Skénan LP®
Paracétamol-Codéine (Dafalgan codéine®, Efferalgan codéiné®) (30 mg de codéine + 500 mg de paracétamol / cp) (Codoliprane®) (20 mg de codéine + 400 mg de paracétamol / cp)	1/6		360 mg		6 cps de Dafalgan-codéine® à 500 mg ≈ 30 mg de Skénan LP®
Dihydrocodéine (Dicodin®) 60 mg de codéine / cp	1/3		180 mg		1 cp de Dicodin® LP à 60 mg ≈ 20 mg de Skénan LP®
Tramadol per os (Topalgic®, Contramal®)	1/5		300 mg		1 cp de Topalgic® à 50 mg ≈ 10 mg de Skénan LP®
Fentanyl transdermique (Durogésic®)	2,4		25 µg/h		1 patch de Durogésic® à 50 µg/h ≈ 120 mg de Skénan LP®/jour
Oxycodone (Oxycontin® LP)	2		30 mg		1 cp d'Oxycontin® LP à 10 mg ≈ 20 mg de Skénan® LP



4.6 – Hypoglycémiantes oraux

- Biguanides : GLUCOPHAGE, STAGID (metformine)
- Sulfamides hypoglycémiantes : AMAREL (glibenclamide), DAONIL, HEMIDAONIL (glibenclamide), DIAMICRON (glicazide), OZIDIA, GLIBENESE (glipizide), GLUTRIL (glibornuride)
- Inhibiteurs des alpha-glucosidases : GLUCOR (acarbose), DIASTABOL (miglitol)
- Inhibiteurs de la DDP-4 : JANUVIA, XELEVIA (sitagliptine), GALVUS (vildagliptine), ONGLYZA (saxagliptine), JANUMET, VELMETIA (sitagliptine, metformine), EUCREAS (vildagliptine, metformine)
- Analogues GLP-1 : BYETTA (exenatide), VICTOZA (liraglutide)
- Analogues glucagon : NOVOMORM (repaglinide)

Risque

Surdosage (acidose lactique, coma hypoglycémique)

- S'assurer impérativement de la posologie habituelle du patient
- **Schéma thérapeutique** : Instauration d'un traitement si HbA1c > 7%
Metformine = traitement 1° intention en monothérapie pour les patients en surpoids. Pour les autres patients, le médicament de choix est un sulfamide hypoglycémiant, le glibenclamide. Le traitement par les inhibiteurs de la DDP-4 ne peut être utilisé en monothérapie que lorsqu'aucun autre traitement oral ne peut être proposé.

- **Association metformine + sulfamide hypoglycémiant est la bithérapie à privilégier.**

La trithérapie doit comporter au moins metformine + sulfamide hypoglycémiant. En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine ou aux sulfamides hypoglycémiantes, d'autres alternatives sont possibles :

Repaglinide si la prise alimentaire est irrégulière en raison de son administration à chaque repas

inhibiteurs des alphaglucohydrolases si la survenue d'hypoglycémie est une situation préoccupante.

- **Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré une bithérapie par metformine + sulfamide hypoglycémiant 2 situations :**

Si l'écart à l'objectif est < 1%, les schémas thérapeutiques suivants peuvent être proposés :

- association metformine + repaglinide
- association metformine + inhibiteurs des alphaglucohydrolases
- association metformine + inhibiteurs de la DPP

si l'écart à l'objectif est supérieur à 1% d'HbA1c, les schémas thérapeutiques suivants peuvent être proposés :

- association metformine + sulfamide + insuline
- association metformine + sulfamide + analogues du GLP-1 si IMC > 30 ou si la prise

Mesures préventives



de poids sous insuline est une situation préoccupante.

- **En cas d'insulinothérapie**, les inhibiteurs de la DPP-4 et les inhibiteurs des alphaglucosidases seront arrêtés, la posologie du sulfamide hypoglycémiant ou du répaglinide sera adaptée si besoin en fonction du schéma insulinique. L'association insuline + analogues du GLP-1 relève d'un avis spécialisé.

4.7 - Insulines

Risques - Erreur de patient
- Erreur de dose

Mesures préventives

- Ne pas stocker l'insuline et l'héparine côte-à-côte
- Prescription en UI ou « unités » en toutes lettres (pas d'abréviation)
- Mettre en place la double vérification du produit, de la dose, de la voie et du patient
- Vérifier l'étiquette de l'insuline avant chaque injection pour éviter les erreurs médicamenteuses (étiquette patient à coller au préalable sur chaque stylo d'insuline)
- Ne pas mélanger plusieurs insulines dans la même seringue
- Coordonner la distribution des repas avec la prise de l'insuline

Le choix d'un schéma d'insulinothérapie selon plusieurs paramètres:

- le choix du patient : le patient accepte-t-il le traitement ? le nombre d'injections ?
- les objectifs glycémiques et la capacité du patient à les atteindre
- les profils glycémiques : y a-t-il une hyperglycémie à jeun isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies post-prandiales ?

Lors de la mise en place de l'insulinothérapie, il est recommandé, en adjonction à une monothérapie ou à une bithérapie, de débiter :

- de préférence par une insuline intermédiaire (NPH) au coucher (UMULINE NPH, INSULATARD)
 - ou par une insuline analogue lente si le risque d'hypoglycémie nocturne est préoccupant (LANTUS ou LEVEMIR).
- L'instauration d'une insuline intermédiaire ou analogue lente pourra se faire avec les règles de pratiques suivantes :
- prescription d'une dose initiale faible, de 6 à 10 UI par 24 h
 - mise en place d'une surveillance glycémique pour la prévention des hypoglycémies et l'adaptation des doses d'insuline (au moins 2 mesures glycémiques capillaires par jour à l'initiation de l'insulinothérapie : au coucher pour prévenir les hypoglycémies et au réveil pour suivre l'objectif)
 - définition d'un objectif pour la glycémie à jeun au réveil selon l'objectif d'HbA1c du patient (en général < ou égale à 7%)
 - adaptation des doses d'insuline tous les 3 jours en fonction des glycémies au réveil et à l'objectif fixé. La dose peut être augmentée ou réduite de 1 ou 2 UI
 - réévaluation du traitement en cas d'hypoglycémies fréquentes ou d'une hypoglycémie sévère

Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré la mise en place de l'insulinothérapie, celle-ci sera intensifiée. Les différents schémas possibles sont :



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 16 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

- schéma basal-bonus : insuline ou analogue d'action lente (LANTUS, LEVEMIR) et insuline ou analogue d'action rapide ou ultrarapide avant un ou plusieurs repas de la journée (APIDRA, NOVORAPIS, HUMALOG)
 - schéma de 1 à 3 injections par jour d'insuline biphasique (mélange d'insuline à action rapide ou ultrarapide et d'insuline à action intermédiaire ou lente) (HUMALOG MIX 25, HUMALOG MIX 30, NOVOMIX 30, MIXTARD 10, 20, 30, 40, 50, UMULINE PROFIL 30)
- En cas de diabète très déséquilibré, avec des glycémies supérieures à 3 g/l répétées et/ou une HbA1c > 10%, un schéma insulinique intensifié pourra être instauré d'emblée après avis d'un endocrinologue.

4.8 - Electrolytes

- Chlorure de potassium (KCl)
- Chlorure de calcium, gluconate de calcium
- Sulfate de magnésium
- Chlorure de sodium hypertonique (NaCl)

Risques

- Erreur d'ampoule
- Erreur de dose
- Erreur de mode d'administration
- **Hyperkaliémie et un arrêt cardiaque si injection intraveineuse directe de KCl**

Mesures préventives

- Stockage séparés les uns des autres ou au minimum marqués spécifiquement (exemple : PRODUIT DANGEREUX)
- Les ampoules de KCl ne sont plus stockées dans les armoires mais uniquement dans les chariots d'urgence
- L'échange ou le prêt d'électrolytes concentrés entre différents services de soins est interdit
- Mettre en place une double vérification de la préparation du chariot de soins

4.9 – Agonistes adrenergiques

- Adrénaline, Dobutamine, Isuprel, Noradrénaline

Risque

- **Risque de troubles du rythme ventriculaire avec risque de fibrillation ventriculaire parfois létale**

Mesures préventives

- Pas de stock dans les armoires mais uniquement dans le chariot d'urgence
- Surveillance TA , ECG, PVC



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 17 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère

4.10 – Autres médicaments

<u>Amiodarone (Cordarone)</u>	Risque de torsades de pointe et bradycardie -> surveillance des interactions médicamenteuses avec les autres médicaments entraînant des torsades de pointe
<u>Atropine</u>	Risque de troubles cardiaques et respiratoires -> pas de stock dans les armoires mais uniquement dans le chariot d'urgence
<u>Naltrexone (Revia)</u>	Risque de syndrome de sevrage très sévère en cas d'association aux morphiniques -> contre-indication avec les morphiniques

5 – Annexes

5.1 - Annexe 1: Listing des médicaments à risques

En gras, médicaments au livret de Colson

MEDICAMENT	DCI	CLASSE
ACTISKENAN	Morphine	MORPHINIQUES
ADRENALINE	Epinéphrine	AGONISTES ADRENERGIQUES
AMAREL	Glimépiride	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
ATROPINE	Atropine	AGONISTES ADRENERGIQUES
BYETTA	Exenatide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
CALCIPARINE	Héparine	HEPARINES
CHLORURE DE CALCIUM	CaCl ₂	ELECTROLYTES
CHLORURE DE POTASSIUM	Kcl	ELECTROLYTES
CHLORURE DE SODIUM	NaCl hypertonique	ELECTROLYTES
CLOPIXOL AP, ASP	Zuclopthixol	NAP
COLCHICINE	Colchicine	ANTIGOUTTEUX
COLCHIMAX	Colchicine	ANTIGOUTTEUX
CORDARONE	Amiodarone	ANTIARYTHMIQUES
COUMADINE	Warfarine	AVK
DIAMICRON	Glicazide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
DIASTABOL	Migliol	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
DIGOXINE	Digoxine	DIGITALIQUES
DOBUTAMINE	Dobutamine	AGONISTES ADRENERGIQUES
DUROGESIC	Fentanyl	MORPHINIQUES
ELIQUIS	Apixaban	INHIBITEURS FACTEUR Xa
EUCREAS	Vildagrliptine, metformine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
FLUANXOL LP	Flupentixol	NAP
FRAGMINE	Daltéparine	HBPM
FRAXIPARINE	Nadroparine	HBPM



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 18 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

FRAXODDI	Nadroparine	HBPM
GALVUS	Vildagliptine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
GLIBENCLAMIDE	Glibenclamide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
GLIBENESE	Glipizide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
GLUCONATE DE CALCIUM	Gluconate de calcium	ELECTROLYTES
GLUCOPHAGE	Metformine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
GLUCOR	Acarbose	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
GLUTRIL	Glibornuride	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
HALDOL DECANOAS	Halopéridol	NAP
HEMIDAONIL	Glibenclamide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
INNOHEP	Tinzaparine	HBPM
INSULINE APIDRA	Insuline rapide	INSULINES
INSULINE HUMALOG	Insuline rapide	INSULINES
INSULINE LANTUS	Insuline lente	INSULINES
INSULINE LEVEMIR	Insuline lente	INSULINES
INSULINE MIXTARD	Insuline intermédiaire	INSULINES
INSULINE NOVOMIX	Insuline intermédiaire	INSULINES
INSULINE NOVORAPID	Insuline rapide	INSULINES
INSULINE UMULINE NPH	Insuline intermédiaire	INSULINES
INSULINE UMULINE PROFIL	Insuline intermédiaire	INSULINES
INSULINE UMULINE RAPIDE	Insuline rapide	INSULINES
ISUPREL	isoprénaline	AGONISTES ADRENERGIQUES
JANUMET	Sitagliptine , metformine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
JANUVIA	Sitagliptine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
LAMICTAL	Lamotrigine	ANTI-EPILEPTIQUES
LEPONEX	Clozapine	ANTIPSYCHOTIQUES
LEVOthyrox	Levothyroxine	HORMONES
LOPRESSOR	Métoprolol	ANTAGONISTES ADRENERGIQUES
LOVENOX	Enoxaparine	HBPM
MAGNESIUM SULFATE	Sulfate de magnésium	ELECTROLYTES
MINISINTROM	Acénocoumarol	AVK
MODECATE	Fluphénazine	NAP
MORPHINE	Morphine	MORPHINIQUES
NORADRENALINE	norépinéphrine	AGONISTES ADRENERGIQUES
NOVONORM	repaglinide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
ONGLYZA	Saxagliptine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
OZIDIA	Glipizide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
PIPORTIL L4	Pipotiazine	NAP
PRAXADA	Dabigatran	INHIBITEURS FACTEUR Xa
PREVISCAN	fluindione	AVK
REVIA	Naltrexone	SEVRAGE
RISPERDALCONSTA	Rispéridone	NAP
SINTROM	Acénocoumarol	AVK
SKENAN	Morphine	MORPHINIQUES
STAGID	Metformine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
SULFATE DE MAGNESIUM	Sulfate de Mg	ELECTROLYTE
TERALITHE	Lithium	THYMOREGULATEURS
VELMETIA	Sitagliptine, metformine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
VICTOZA	Liraglutide	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 19 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

XARELTO	Rivaroxaban	INHIBITEURS FACTEUR Xa
XELEVIA	Sitagliptine	HYPOGLYCEMIANTS ORAUX
XEPLION LP	Palipéridone	NAP
ZYPADHERA	Olanzapine	NAP
ZYPREXA inj	Olanzapine	ANTIPSYCHOTIQUES



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :	Page : Page 20 sur 24
Date de validation :	Date de remise à jour :
Date de diffusion :	Edition : 1ère



5.2 – Annexe 2: Affichette médicaments à risque

Médicaments à risque identifiés au CHS de Colson		Mesures préventives		
Médicaments	Risques	Description	Professionnels concernés	
NEUROLEPTIQUES	Neuroleptiques injectables à Action Prolongée (NAP) Haldol Decanoas Piportil Clopixol AP, ASP Modecate Fluanxol LP RisperdalConsta Xeplion	Oubli de réaliser une administration	Prescription à réaliser obligatoirement sur PHARMA Conserver l'emballage individuel de la pharmacie avec identification patient et date d'injection	Prescripteurs Infirmiers
	Erreur sur la date de l'injection	S'assurer de la traçabilité de la dernière injection (logiciel PHARMA, Livret Janssen-Cilag, agenda ou autre tableau de suivi)	Prescripteurs Infirmiers	
	Erreur d'équivalence forme orale/ forme libération prolongée lors d'un relais	Utilisation du guide de prescription des Neuroleptiques à Action Prolongée	Prescripteurs	
	Confusion entre Clopixol AP (action prolongée) et Clopixol ASP (action semi-prolongée)	Vigilance à la lecture de l'étiquetage	Infirmiers	
	Administration de Clopixol ASP sans respecter un intervalle de 48-72h entre deux injections	Ne jamais prescrire en systématique → prescrire en "rythme" sur PHARMA et/ ou renseigner en commentaire de ne pas répéter l'injection avant 48-72h	Prescripteurs Infirmiers	
	Olanzapine (Zyprexa®) 10 mg injectable IM	Dépression cardio-respiratoire, hypotension et bradycardie Risque de confusion avec le ZypAdhera	*Uniquement en instauration de traitement (3 jours max consécutifs) lorsque la voie orale n'est pas adaptée * Double vérification lors de la préparation du traitement et lors de l'injection au patient * Relais par Zyprexa oral dès que l'état clinique du patient le permet	Prescripteurs Infirmiers
Zypadhera® 210, 300, 405 mg susp inj LP (voie IM)	Syndrome post injection Risque de confusion avec le Zyprexa injectable	*Hospitalisation obligatoire du patient * Arrêt du traitement oral de Zyprexa le jour de l'injection *Administration par un professionnel de santé formé *Surveillance post-injection pendant au moins 3 heures en milieu hospitalier (hors CMP et CATTP) *Patient à reconduire éventuellement à son domicile par une tierce personne	Prescripteurs Infirmiers	

Médicaments requérant une sécurité de prescription, dispensation, stockage, administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient (surveillance renforcée)



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 21 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

<u>Clozapine</u> (Leponex®)	Agranulocytose, neutropénie, Anomalies métaboliques et cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> *Surveillance stricte de la formule sanguine (GB et PNN) *Reprise du traitement à dose progressive si interruption supérieure à 2 jours *Si interruption de plus de 3 jours après plus de 18 semaines de traitement, reconstrôler la formule sanguine de façon hebdomadaire (voir VIDAL) *Ne jamais réexposer les patients chez lesquels la Clozapine a été arrêtée suite à une baisse soit en GB soit en PNN *Carnet de suivi obligatoire pour chaque dispensation * Surveillance métabolique et cardiaque 	Prescripteurs Infirmiers
<u>Colchicine</u> (Colchimax®)	Risque de surdosage	Surveillance diarrhée et nausée Respecter strictement les contre-indications, privilégier de faibles posologies	Infirmiers Prescripteurs
<u>Hypoglycémiant oraux</u> Metformine (Glucophage, Stagid), Acarbose (Glucor®), Glimépiride (Amarel®), Glicazide (Diamicron®), glibornuride (Glutril), Glibenclamide (Daonil®Hémi- Daonil®), glipizide (Ozidia, Glibenese), miglitol (Diastabol), exenatide (Byetta), repaglinide (Novonorm), liraglutide (VICTOZA), sitagliptine, metformine (Janumet), sitagliptine (Januvia, Xelevia), sitagliptine, metformine (VELMETIA), vildagliptine, metformine (Eucreas), vildagliptine (Galvus), saxagliptine (Onglyza)	Risque de surdosage	S'assurer impérativement de la posologie habituelle du patient	Infirmiers
<u>Lithium</u> (Théralithe®, Théralithe LP®)	Marge thérapeutique étroite → risque de surdosage	<ul style="list-style-type: none"> *Surveillance lithiémie et fonction rénale *Ne pas faire de régime hyposodé ou désodé (augmentation de la lithiémie) *Association déconseillée (augmentation de la lithiémie): ARALI, AINS, Carbamazépine, Chlorpromazine, diurétiques, fluphénazine, halopéridol, IEC 	Prescripteurs
<u>Lamotrigine</u> (Lamictal®)	Eruptions cutanées graves	Augmentation très progressive de la posologie	Prescripteurs
<u>Naltrexone</u> (Revia®)	Risque de syndrome de sevrage très sévère si association avec morphiniques	Naltrexone et Morphiniques → Contre- Indication	Prescripteurs
<u>Morphiniques</u> Fentanyl percutanée (Durogesic®)	Risque de surdosage (parfois mortel)	<ul style="list-style-type: none"> *Ne pas initier un traitement antalgique d'emblée par des dispositifs transdermiques *Prendre garde aux différents dosages existants *Prescrire impérativement en "rythme" sur PHARMA : 1 jour tous les 3 jours 	Prescripteurs



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 22 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère

		<ul style="list-style-type: none"> *S'assurer du jour de la pose *Appliquer et changer méthodiquement le dispositif (se laver les mains après l'application et le retrait, enlever systématiquement le dispositif usagé avant d'en mettre un nouveau...) *Eviter certains gestes (ne pas couper, ne pas plier) *Retour du patch usagé à la pharmacie 	Infirmiers
Actiskénan, Skénan, Morphine	Erreur de calcul de dose	Double contrôle prescription, délivrance, administration Retour des ampoules vides de morphine à la pharmacie	Infirmiers Prescripteurs
Anticoagulants oraux Fludione (Previscan®) / Warfarine (Coumadine®) Acécoumarol (Sintrom®, Minisintrom®) Xarelto®, Praxada®, Eliquis®	Risque hémorragique	<ul style="list-style-type: none"> *Conservez les médicaments dans leur blister de façon à pouvoir identifier les comprimés jusqu'à l'administration au patient. *Surveillance de l'INR *Préférer prise anticoagulant le soir → permet une adaptation de dose plus rapide avec INR du matin *Vigilance accrue afin d'éviter tout chevauchement des lignes de prescription sur PHARMA 	Prescripteurs Infirmiers
Héparines Calciparine, Lovenox, Fragmine, Fraxiparine, Fraxoddi, Innohep	Erreur de dose	Prescription en UI, surveillance de la numération plaquettaire	Prescripteurs
Electrolytes concentrés Chlorure de Potassium solution à diluer pour perfusion	Hyperkaliémie et un arrêt cardiaque si injection intraveineuse directe	Administration après dilution, par perfusion, par voie IV stricte Etiquetage spécifique, double vérification avant administration	Prescripteurs Infirmiers
Chlorure de calcium, chlorure de sodium 10%, gluconate de calcium, sulfate de magnésium	Erreur de dose, d'ampoule, de mode d'administration		
Insulines	Erreur de patient, erreur de dose	Etiquette patient à coller sur chaque stylo d'insuline Prescription en UI ou « unités » en toutes lettres (pas d'abréviation)	Infirmiers Prescripteurs
Agonistes adrénergiques Adrénaline, Dobutamine, Isuprel, Noradrénaline	Adrénaline : Risque de troubles du rythme ventriculaire en IV Risque de surdosage	Pas de stock dans unités de soins, uniquement dans chariot d'urgence Surveillance TA, ECG, PVC	Pharmaciens, Infirmiers Prescripteurs
Antiarythmiques Cordarone (amiodarone),	Risque de torsade de pointe et bradycardie	Surveillance IAM (autres médicaments entraînant des torsades de pointe)	Infirmiers Prescripteurs
Atropine	Troubles cardiorespiratoires	Pas de stock dans unités de soins, uniquement dans chariot d'urgence	Infirmiers, Pharmaciens
Revia (naltrexone)	Risque de syndrome de sevrage très sévère si association aux morphiniques	Naltrexone et morphiniques -> contre-indication	Prescripteurs



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 23 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère



GESTION DES MEDICAMENTS A RISQUE

Référence :

Page : Page 24 sur 24

Date de validation :

Date de remise à jour :

Date de diffusion :

Edition : 1ère