

CAPP-INFO

Bulletin d'information du CAPP
(Contact Avis Pharmacologique et Pharmaceutique)

N° 9, Février 2000
Bip : 8 65 60

REDACTION DES ORDRES MEDICAUX A L'HOPITAL ET DES ORDONNANCES DE SORTIE

I. INTRODUCTION

Le développement de médicaments puissants participe aux progrès de la thérapeutique moderne, mais leur emploi n'est pas dénué de risques. **L'incident indésirable médicamenteux** [*adverse drug event, ADE*] est défini comme tout incident lié à l'utilisation d'un médicament et entraînant un préjudice pour la santé du patient. Par contraste, **l'effet indésirable médicamenteux** [*adverse drug reaction, ADR*] est défini par l'OMS comme tout événement indésirable et non intentionnel se produisant lors de l'utilisation d'un médicament à dose usuelle chez l'être humain. La fréquence des incidents indésirables médicamenteux est largement sous-estimée et leurs conséquences souvent dramatiques. L'origine d'un incident est généralement multiple et s'accompagne fréquemment d'un phénomène en cascade. Il s'agit souvent d'une défaillance de processus, plutôt que d'un défaut de personne. En général, vu la complexité des processus de soins en milieu hospitalier, l'incident implique plusieurs personnes et plusieurs niveaux d'activité. Pour minimiser le risque d'incident indésirable médicamenteux, il est nécessaire de réduire les possibilités d'erreur, de rendre les erreurs visibles dès qu'elles surviennent et de minimiser les conséquences de l'erreur. Dans ce numéro, nous vous proposons quelques consignes permettant de réduire le risque d'erreur lié à la rédaction écrite des ordres médicaux et des ordonnances.

II. REDACTION DES ORDRES MEDICAUX A L'HOPITAL

Les ordres médicaux s'écrivent sur la feuille d'ordre, dont la présentation peut varier d'un département à l'autre.

Les ordres téléphoniques ou oraux doivent être l'exception, et réservés aux situations urgentes. L'ordre sera répété par une infirmière diplômée pour vérifier qu'il a été bien compris. L'infirmière le notera dans les observations infirmières comme ordre oral ou téléphonique, et indiquera de qui elle l'a reçu et à quelle heure. Le médecin est tenu de l'écrire sur la feuille d'ordre aussitôt que possible.

Les ordres médicaux doivent être pertinents, identifiables, lisibles, précis, complets et sans équivoque.

L'infirmière ou le pharmacien n'ont pas à "deviner" un ordre prêtant à confusion, mais doivent le retourner sans délai au médecin signataire.

QUELQUES RECOMMANDATIONS POUR VOUS AIDER

Pertinence

- **Eviter les ordres et contre-ordres !**

Au vu de la cascade d'événements déclenchés par tout ordre médical et des incidents indésirables qui peuvent survenir à chaque stade de cette cascade, il est fortement conseillé de n'inscrire que les ordres dont on est absolument sûr. N'hésitez pas à consulter votre chef de clinique ou le consultant avant d'écrire un ordre dont vous n'êtes pas certain...

- L'indication des **diagnostics** permet à l'infirmière de contrôler qu'elle transcrit le bon traitement. Idem pour les intolérances ou les **allergies** connues.
- Signaler les maladies infectieuses imposant des précautions spéciales.

Identification de l'ordre

- Signaler les ordres nouveaux à l'infirmière oralement et **visuellement**, selon convention du service (par exemple en faisant dépasser la feuille d'ordre du dossier de soins en cas de dossiers suspendus ou, en cas de dossiers de soins en classeurs, en y apposant un carton de couleur).
- Le prescripteur doit être identifiable (en particulier si vous agissez en dehors de votre unité habituelle de travail, pensez à écrire **votre nom et votre numéro de bip** ou de téléphone).
- Les ordres inscrits par un stagiaire non diplômé doivent être contre-signés.
- L'ordre doit être **daté** et il est fortement conseillé d'indiquer aussi **l'heure** à laquelle l'ordre est inscrit.

Lisible

- Ecriture manuscrite soignée.
- Signature lisible (et bip).

Précis

- Ne pas biffer d'ordre, mais l'annuler explicitement.
- Ne pas rajouter d'ordre dans un espace libre; barrer les espaces libres entre deux ordres.
- Annuler un médicament avant de le remplacer par un autre.
- De même, lors d'un changement de posologie, annuler le médicament et sa posologie, puis à la ligne suivante, récrire le nom du médicament et la nouvelle posologie.
- Eviter les ordres ayant des objets multiples : sérier les ordres, par exemple, séparer les ordres concernant la prescription d'un médicament et ceux concernant la surveillance du traitement (inscrivez-les sur des lignes successives).
- Ordres de surveillance : les critères d'évaluation doivent être objectifs, par exemple digoxine 0,125mg/j po si pouls >60 (et non pas si pouls OK)

Complet

Pour les médicaments, inscrire

- le **nom du médicament**, idéalement en mentionnant le nom de marque désiré mais aussi la dénomination commune internationale (DCI). Par convention, le nom de marque commence par une majuscule, tandis que la DCI est inscrite en lettres minuscules. Ex: Torem (torasémide).
- La **forme galénique et la dose unitaire**. Ex: Torem (torasémide 1cpr =10mg)
- La **posologie, la voie d'administration et le mode d'administration**.
Ex: Torem (torasémide 1 cpr = 10mg) 10 mg po en dose unique de suite.
Ex : Perlinganit (nitroglycérine 1 fiole=50ml=50mg) 5 mg/h dans Glucose 5% 500 ml en perfusion iv continue par pompe Volumed sur 12h.
- Le **schéma temporel**.
Ex : Liquémine (héparine 20'000 UI/ml) 5000 UI en bolus iv, puis 20'000 UI iv en perfusion continue par pompe sur 24h.
Ex : Sintrom mitis (acénocoumarol 1 cpr = 1 mg) 1 cpr jours pairs et 2 cpr jours impairs po.
- La **surveillance** du traitement
Ex : Sintrom mitis (acénocoumarol 1 cpr = 1 mg) 1 cpr le 22.11 et 2 cpr le 23.11.
Prise de sang pour INR le 24.11
Ex : Mellerette (thioridazine solution 3% 1gtt = 1mg) 3 x 2 mg/j po.
Contrôler TA ortho-clino. Si chute TA systolique orthostatique > 20mmHg, appeler médecin de garde.

Sans équivoque

- L'ordre écrit devrait s'accompagner **d'instructions orales circonstanciées** dans la majorité des cas. Bien des incidents indésirables peuvent être attribués à des problèmes de communication. Encouragez les discussions d'équipe. Soyez attentifs aux questions posées par vos co-équipiers (stagiaires, infirmiers, pharmaciens, techniciens, laborantins). Hors contexte, un ordre peut prendre une autre signification.
- Les prescriptions doivent être **agrées par le patient**, à qui le médecin aura expliqué le traitement (effet bénéfique recherché, effets secondaires possibles, alternatives thérapeutiques). Il en va de même pour les

examens et les traitements non médicamenteux. **Le médecin documentera ces discussions dans les notes de suite.**

- **En cas d'incident indésirable**, signaler ce qui s'est passé à votre supérieur qui vous aidera à expliquer la situation au patient et à mettre en place les surveillances et traitements nécessaires. Penser aussi à remplir un formulaire d'incident, éventuellement avec les autres professionnels concernés et à le remettre promptement à vos supérieurs. Ceci permet entre autre d'analyser les processus et de repérer et corriger d'éventuels problèmes dans l'organisation même du travail.
- **En cas de fait grave, il est impératif de remplir un formulaire d'incident et de le transmettre très rapidement au chef de votre service.**

III. REDACTION DES ORDONNANCES DE SORTIE

La précision et la rigueur dans la rédaction d'une ordonnance assurent l'efficacité et la sécurité du traitement et évitent les erreurs lors de la distribution du médicament.

Tableau I. Composition d'une ordonnance

1/ Nom et adresse du prescripteur (numéro de téléphone ou FAX)	Hôpital XXX Division XXX 1211 Genève 14 Tél : 022/ XXXXXXXX	HUG No112233
2/ Lieu et date de rédaction de l'ordonnance	Genève, le XXX	
3/ Nom, prénom du malade, date de naissance ou âge	Mlle. S. Martin, 1930	
4/ Rp (Recipe, prenez!) : Nom du médicament	Rp : Aspirine Cardio cpr 100mg N° 90 S : 1 cpr /j po	
5/ Forme galénique, dosage et grandeur de l'emballage	Nitroglycérine caps 0,8 mg 1eo Renouvelable 1 fois	
6/ Quantité totale délivrée	S : Mâcher 1 capsule en cas de crise	
7/ S (signa, étiquetez!) : Posologie	B. Durand Dr. B. Durand	
8/ Signature manuscrite (+ tampon ou nom lisible du prescripteur)		

Les espaces vides sur l'ordonnance sont à éviter (risque de falsification).

La marge de gauche sera laissée libre pour que le pharmacien puisse l'utiliser pour la taxation.

Il est recommandé d'indiquer l'âge d'un enfant pour le contrôle éventuel par le pharmacien du dosage ordonné. Rappelons que les doses pédiatriques, calculées par kg de poids corporel ou m² de surface corporelle, ne doivent jamais dépasser les doses adultes et que ces dernières sont en général atteintes lorsque l'enfant pèse 30 kg (surface de 1 m² environ).

Faites remarquer les posologies particulières avec un point d'exclamation ou en écrivant le chiffre en toutes lettres.

RENOUVELLEMENT

Il est utile de mentionner le nombre de renouvellement ou la durée du traitement (p ex "renouveler X fois" ou "ne pas renouveler"). L'ordonnance pour un médicament liste A ne peut être renouvelée. La liste des Spécialités (LS), le Codex Galenica et le Compendium Suisse des Médicaments indiquent la liste (A, B, C, D) dans laquelle est classé un médicament.

DUREE DE VALIDITE

Dans les cantons romands, une ordonnance est valable, en général, 3 mois (durée de la validité d'une feuille de caisse maladie). La loi sanitaire du canton de Genève précise que la validité d'une ordonnance pour des médicaments liste B ne peut excéder 6 mois.

ORDONNANCE POUR STUPEFIANTS (principalement opioïdes et amphétamines)

Elle se fera obligatoirement sur la formule (triple exemplaire) de l'Office Fédéral de la Santé Publique. L'âge et l'adresse complète du patient, ainsi que le nombre de cpr, supp ou amp à délivrer (et non le nombre d'emballages) sont à préciser. Le stupéfiant ne peut être renouvelé qu'au moyen d'une nouvelle ordonnance.

Les deux premiers exemplaires de l'ordonnance sont à remettre par le patient au pharmacien. La durée de validité de l'ordonnance est de 3 mois.

Tableau 2. Quelques abréviations courantes

aa	de chaque, à part égales	ml	millilitre
ad	jusqu'à	N°	Nombre de doses unitaires à délivrer
amp	ampoule	N R	ne pas renouveler
conc	concentré	Ph Helv 8	Pharmacopée helvétique 8
cpr	comprimé	q s	suffisamment
comp	composé	Rp	prenez
caps	capsule	S	étiquetez
drg	dragée	sir	sirop
D tal dos	donnez ces doses	supp	suppositoire
eo	emballage original (= le plus petit!)	sine conf	sans emballage
g	gramme	sine litt	sans littérature
gtt	goutte	ung	pommade
M D S	mélangez, délivrez, étiquetez	c à c	cuillère à café (5 ml)
M f	mélangez, préparez	c à d	cuillère à dessert (10 ml)
mg	milligramme	c à s	cuillère à soupe (15 ml)
µg	microgramme	!	attention, dose maximale intentionnellement dépassés

IMPRECISIONS TROP SOUVENT RENCONTREES

- **Absence de dosage:** selon l'usage établi, le pharmacien choisit alors le dosage le plus faible, qui ne correspond pas toujours à la dose la plus couramment employée.
- **Absence de l'indication de forme galénique.**
- **Absence de la quantité à administrer :** 1 cuillère 3 x par jour (s'agit-il d'une cuillère à café, à dessert, à soupe ?) ; emballage renouvelable: petit pour commencer puis grand si bien toléré.
- **Abréviation utilisée à tort :** comp pour comprimé, alors qu'il s'agit de l'abréviation utilisée pour désigner le composé.
- **Absence de la durée du traitement :** par exemple jusqu'à la prochaine consultation.

INSTRUCTION AUX MALADES

Le pharmacien disposant d'une place limitée sur l'étiquette qu'il appose sur l'emballage, il est essentiel que le médecin remette au malade des **instructions écrites concernant la prise des médicaments et les précautions à prendre**. Cela est très important chez les malades prenant plusieurs médicaments, chez les malades âgés ou, en général, chez les patients rencontrant des difficultés d'observance thérapeutique.

IV. QUE RETENIR

- La rédaction d'ordres médicaux et d'ordonnance sont des actes complexes qui nécessitent toute votre attention. Le bruit, le surmenage, la fatigue, les émotions et les relations interpersonnelles conflictuelles sont des facteurs favorisant la survenue d'erreurs.
- A l'hôpital, se parler est essentiel ! Idéalement, l'ordre écrit devrait toujours s'accompagner d'un échange verbal entre le médecin et l'infirmière. Les défauts de communications sont la source trop fréquente d'incidents indésirables médicamenteux.
- Les ordonnances externes doivent contenir le nom et le numéro de téléphone direct (lisibles !) du prescripteur, pour faciliter les échanges avec le pharmacien.
- En cas d'incident, sa description factuelle (rapport d'incident) vous permet d'informer objectivement votre hiérarchie et doit servir à corriger les défaillances du processus.

V. REFERENCES

1. Pharma-Flash juin 1980; 7 (4) et 1986; 13 (3). 2. Pletscher WJ. Législation sur les médicaments, dans Base de la thérapeutique médicamenteuse, éd. Documed, 1996. 3. Liste des Médicaments et Mémento Thérapeutique des HUG, éd 1999-2000.