

RAPPORT D'ETAPE 2015		Justificatif demandé	Neutralisable (concerné/non concerné)	Score 2015	Notation
I Critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux					
I.1	Qualité de la prise en charge (I.1.1 à I.1.4)				
	<p><i>Indicateurs IPAQSS (source : Scope santé /Qualhas) Ces données sont renseignées par l'ARS. Aucune nouvelle saisie n'est demandée aux établissements de santé En cas d'évaluation, chaque établissement sera évalué en fonction de l'évolution de ses résultats par rapport aux résultats obtenus dans la campagne précédente de recueil, les résultats étant comparés avec la cible nationale.</i></p> <p><i>Si l'indicateur de l'établissement est déjà au dessus de la cible nationale (borne inférieure de l'intervalle de confiance de l'indicateur au dessus de la cible nationale), il devra s'y maintenir.</i></p> <p><i>Si l'indicateur de l'établissement est en dessous de la borne nationale (intervalle de confiance comprend la cible nationale, ou borne supérieure de l'intervalle de confiance au dessous de la borne nationale), il devra changer de classe de performance.</i></p>				
I.1.1	Tenue du dossier patient (TDP)			0	
	Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation				
	Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval				
	Rédaction d'un traitement de sortie				
	Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge				
I.1.2	Prescriptions médicamenteuses appropriées après infarctus du myocarde (IDM)			0	
	BASI2 : Score agrégé des indicateurs évaluant la rédaction des prescriptions médicamenteuses de sortie				Cible régionale : ≥ 90 %
I.1.3	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) <i>Ne sont pris en compte que les seuls résultats RCP2 des établissements ayant une autorisation de traitement du cancer par chimiothérapie.</i>		OUI	5	
	Niveau 2 - Taux de séjours pour lesquels est retrouvée lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes				[80-100%] = 5 points [60 - 79%] = 3 points [0 - 59%] = 0 points
I.1.4	Dossier anesthésique (DAN)			0	
	Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la consultation de pré anesthésie ou la visite de pré anesthésie				
	Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique				

I.2 Bon usage (I.2.1 à I.2.2.3)				
I.2.1	Indicateur composite du bon usage des antibiotiques (ICATB 2)		OUI	5
ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques	<i>Ces données sont renseignées par l'ARS. Aucune nouvelle saisie n'est demandée aux établissements de santé.</i>		X% ≥ 80%, score = 5 60% ≤ X% < 79%, score = 3 40% ≤ X% < 59%, score = 1 X% < 39%, score = 0
ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie			
ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies			
ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie			
ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie			
ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée			
ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie			
ATBM4a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions			
ATBM4b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement			
ATBM5	Nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotique intervenant dans l'établissement			
ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques			
ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement			
ATBA2	Il existe un protocole actualisé sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection			
ATBA3	Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient			
ATBA4	Les modalités de contrôle/réévaluation sont déterminées par l'établissement			
ATBA5	Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence			
ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité			
ATBA7	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau			
ATBA8	Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques			
ATBA9	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes			
ATBA 10	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME			
ATBA11a	Evaluation du respect de la molécule recommandée			
ATBA11b	Evaluation de la posologie de l'antibiotique			
ATBA11c	Evaluation de la durée de l'antibiothérapie			
ATBA11d	Evaluation de la réévaluation, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste etc)			
ATBA12	Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes			
ATBA13	Les résultats des évaluations sont restitués à la CME			
SCORE ICATB2				

I.2.2 Suivi qualitatif des indications des prescriptions des médicaments et des dispositifs médicaux hors GHS (I.2.2.1 à I.2.2.3)				
I.2.2.1	Le suivi continu des indications de prescription de tous les médicaments hors GHS est organisé	<p><i>Oui ? Non?</i> <i>Si non pourquoi ?</i> <i>Si oui :</i> <i>Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS dans une indication AMM</i> <i>Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS dans le cadre d'une RTU ou d'un PTT</i> <i>Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS en dehors de son AMM, d'un PTT ou d'une RTU</i></p>	<p>OUI</p> <p>3</p>	<p>Nb de patients renseigné et cohérent = 3 Nb de patients non renseigné ou incohérent = 0</p>
I.2.2.2	Le suivi continu des indications d'implantations pour tous les DMI hors GHS est organisé	<p><i>Oui ? Non?</i> <i>Si non pourquoi ?</i> <i>Si oui :</i> <i>Nombre d'implants posés dans le cadre de l'arrêté d'inscription sur la LPP</i> <i>Nombre d'implants posés hors arrêté d'inscription sur la LPP</i></p>	<p>OUI</p> <p>3</p>	<p>Nb de patients renseigné et cohérent = 3 Nb de patients non renseigné ou incohérent = 0</p>
I.2.2.3	La classification CLADIMED (classification française des dispositifs médicaux) est mise en œuvre	<p><i>Nombre de DMI posés codés selon la classification CLADIMED</i> <i>Nombre total de DMI posés</i></p>	<p>OUI</p> <p>0</p>	

II Critères d'évaluation sans indicateurs nationaux de suivi					
II.1 Politique d'amélioration de la qualité, sécurité et efficacité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (II.1.1.1 à II.1.4.2)					
II.1.1 Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (II.1.1.1 à II.1.1.9)					
II.1.1.1	Il existe une politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) et des dispositifs médicaux stériles (appelée aussi politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles) qui s'inscrit dans la politique globale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Engagement de la Direction et de la CME/CfME (Compte-rendu de réunions de CME ou sous-commission dédiée au médicaments ou/et au DMS)</i>	PJ	1	Compte rendu présent = 1 Absence de compte rendu = 0
II.1.1.2	Cette politique est mise en oeuvre.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Engagement de la Direction et de la CME/CfME (Compte-rendu de réunions de CME ou sous-commission dédiée au médicaments ou/et au DMS)</i>	PJ	1	Calendrier avec actions programmées en 2015 = 1 Absence de calendrier ou pas d'actions en 2015 = 0
II.1.1.3	Il existe un programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles assortis d'indicateurs - qui inclut un volet de suivi en matière de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, et sur les antibiotiques, - qui est intégré dans le programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, - qui est validé par la CME ou CfME ou sous leur égide ou par une commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse.	<i>Oui ? Non ?</i> <i>Oui ? Non ?</i> <i>Oui ? Non ?</i> <i>Si oui : programme d'actions avec indicateurs de suivi</i> <i>L'atteinte de l'objectif sera appréciée sur la base des 3 éléments cités</i>	PJ	6	Le programme doit mentionner les acteurs, les objectifs, les actions et des indicateurs SMART (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporel) Si tous les éléments présents = 6 Si programme partiellement complet = 4 Si absence de programme ou programme non envoyé ou non défini par la CME ou CfME ou programme très incomplet = 0
II.1.1.4	L'établissement réalise un bilan annuel ou pluriannuel du programme d'actions relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Bilan du programme et des indicateurs</i>	PJ	3	Présence d'un bilan avec commentaires des résultats = 3 Présence d'un bilan sans analyse = 1 Absence de bilan = 0
II.1.1.5	Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse désigné par l'établissement dispose d'un temps dédié.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Nombre d'ETP spécifiquement affecté au RSMQ intervenant dans l'établissement</i>	PJ	0	
II.1.1.6	Les missions du responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont formalisées.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Fiche de poste du responsable ou lettre de mission</i>	PJ	0	
II.1.1.7	Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse rend compte de ses missions en CME au moins une fois par an.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Comptes-rendus de réunion CME</i>	PJ	2	Bilan d'activité du RSMQ = 2 Absence de bilan d'activité = 0
II.1.1.8	Le plan de formation de l'établissement propose et met en oeuvre des formations spécifiques à la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.	<i>Pour les 2 dernières années :</i> <i>% de personnes formées / personnel médical :</i> <i>% de personnes formées / personnel non médical (dont administratif)</i>	PJ	1	% de personnes formées (2 chiffres attendus) et valeur ≠ 0 = 1 Absence d'information ou 1 chiffre égal à 0 = 0
II.1.1.9	L'établissement répond dans les délais aux enquêtes diligentées par l'OMEDIT et contribue aux travaux de l'OMEDIT.	<i>Oui ? Non?</i>	PJ	0	

II.1.2 Politique et gestion des risques : mise en oeuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge thérapeutique du patient (II.1.2.1 à II.1.2.8)					
II.1.2.1	L'étude des risques <i>a priori</i> sur la PECM (quelle que soit la méthode utilisée) est réévaluée au moins tous les 3 ans.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Nombre d'unités réévaluées au cours de l'exercice concerné par le rapport d'étape Pourcentage (calcul automatique)	PJ	0	
II.1.2.2	Il existe un dispositif de déclaration interne et de gestion des événements indésirables notamment médicamenteux, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse en vue de leur analyse.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Préciser le dispositif (FEI, logiciel,...) Indicateur: nombre d'EI PECM/ nombre d'EIAS Pourcentage (calcul automatique)		0	
II.1.2.3	Des mesures sont mises en place en vue d'améliorer les déclarations internes des événements indésirables notamment médicamenteux, des erreurs médicamenteuses ou des dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Justificatif demandé : charte de non punition, charte d'incitation au signalement interne, sensibilisation.		1	Oui + éléments de preuve = 1 Non = 0
II.1.2.4	Pour les déclarations internes jugées prioritaires, des réunions de retour d'expérience sont organisées sur le thème du médicament ou des dispositifs médicaux au niveau de l'établissement avec analyses collectives.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Document décrivant l'organisation (priorisation des cas à analyser, périmètre, fréquence, participants) validée par le Directeur et la CME/CfME et un exemple de compte-rendu de réunion de retour d'expérience.		0	
II.1.2.5	L'analyse des événements indésirables en réunions de retour d'expérience fait appel à des méthodes d'analyse systémique validées pour identifier les causes profondes (RMM/REMED, CREX...).	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Précisez les méthodologies employées pour l'analyse collective des causes des événements <i>a posteriori</i>		2	Méthodologie validée, pluridisciplinarité, monothématique et actions correctives Informations complètes = 2 Informations incomplètes = 1 Absence d'information = 0
II.1.2.6	Les actions d'amélioration, issues notamment des résultats de l'étude de risque, et des réunions de retour d'expérience apparaissent dans le programme d'amélioration de la qualité de la PECM avec un échéancier, un responsable et un indicateur.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> , l'appréciation de l'atteinte de cet engagement sera réalisée en fonction de l'intégration de ces actions au programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficacité de la PECM et des dispositifs médicaux stériles (cf II.1.1.3).		2	Actions d'amélioration intégrées dans le programme spécifique de la PECM avec échéancier, responsable et indicateur = 2 Actions d'amélioration intégrées dans le programme spécifique de la PECM mais informations incomplètes = 1 Pas d'actions d'amélioration ou non intégrées dans le programme = 0
II.1.2.7	L'évaluation des actions d'amélioration jugées prioritaires est réalisée.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Quel type d'évaluation ?		2	Oui + types précisés = 2 Non = 0
II.1.2.8	Le bilan des déclarations et des analyses menées en réunions de retour d'expérience est présenté au moins une fois par an en CME ou en CfME ET en commission des soins.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui</i> : Bilan de la mise en oeuvre des actions d'amélioration et des résultats. Nombre et fréquence de séances de retour d'expérience, déclinées par thème (médicament, chirurgie, risque infectieux, autre risque). Nombre d'événements analysés. Nombre d'événements ayant donné lieu à des actions d'amélioration.		0	

II.1.3 Suivi des résultats de la certification HAS : critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse (II.1.3.1 à II.1.3.7)			
II.1.3.1	Bon usage des antibiotiques (critère 8h de la V2010)	<i>Ces données sont renseignées par l'ARS. Aucune nouvelle saisie n'est demandée aux établissements de santé.</i>	0
II.1.3.2	Prise en charge de la douleur (critère 12 a de la V2010)		
II.1.3.3	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (critère 20a de la V2010)		
II.1.3.4	Prise en charge médicamenteuse du patient (critère 20 a bis de la V2010)		
II.1.3.5	Prescription médicamenteuse chez le patient âgé (critère 20 b de la V2010)		
II.1.3.6	Traçabilité des DMI (critères 26a de la V2010)		
	Traçabilité des DMI (critères 26b de la V2010)		
II.1.3.7	Démarche d'évaluation des pratiques de prescriptions et de pertinence (critères 28 a de la V2010)		
	Démarche d'évaluation des pratiques de prescriptions et de pertinence (critères 28 b de la V2010)		
II.1.4 Informatisation de la prise en charge médicamenteuse (II.1.4.1 à II.1.4.2)		Objectifs Hopital numérique	Cible régionale >50%
II.1.4.1	Déploiement de la prescription informatisée.	<i>(oSIS) Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées.</i>	0
II.1.4.2	La traçabilité informatisée de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	<i>(oSIS) Taux de séjours disposant d'un plan de soins informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions.</i>	0
II.2 Efficience de la prise en charge du patient (II.2.1 à II.2.3)			
II.2.1	Il existe une politique d'achat des produits de santé pour optimiser les achats de médicaments et de dispositifs médicaux stériles.	<i>Oui ? Non?</i>	2 Désignation d'un responsable de la politique d'achat ou adhésion à un groupement d'achat = 2 Pas d'information = 0
II.2.2	Le livret thérapeutique des médicaments ou la liste des médicaments à utiliser préférentiellement sont mis à jour régulièrement.	<i>date de dernière MAJ</i>	0
II.2.3	Le livret thérapeutique des dispositifs médicaux stériles (DMS) ou la liste des dispositifs médicaux stériles à utiliser préférentiellement sont mis à jour régulièrement.	<i>date de dernière MAJ</i>	0

III Critères d'évaluation appuyés sur des indicateurs et thèmes régionaux						
III.1	Efficience (III.1.1 à III.1.3)					
III.1.1	L'établissement adhère à un ou plusieurs groupements d'achat pour optimiser les achats de médicaments et de dispositifs médicaux stériles.	Adhésion à un ou plusieurs groupement(s) de commande ou centrale(s) d'achat ou centrale(s) de référencement : si oui lesquels ? (champ de texte libre) Pourcentage de la dépense en achat groupé sur la dépense totale (comprenant les dépenses dans le cadre de groupement d'achat, les achats simples contractualisés et les achats simples non contractualisés) - Montant de l'EMI (médicaments hors GHS) année N - Montant de l'EMI (médicaments hors GHS) année N-1 - Montant de l'ETI (DMI hors GHS) année N - Montant de l'ETI (DMI hors GHS) année N-1			0	
III.1.2	Le livret thérapeutique des médicaments mentionne une notion du coût unitaire par UCD ou du coût de traitement journalier.	Oui/Non			1	Coût unitaire indiqué dans le livret = 1 Coût unitaire non indiqué dans le livret = 0
III.1.3	Le livret thérapeutique des DMS mentionne le coût unitaire de chaque dispositif.	Oui/Non			1	Coût unitaire indiqué dans le livret = 1 Coût unitaire non indiqué dans le livret = 0
III.2 Bon usage des médicaments (III.2.1 à III.2.25)						
III.2.1	Il existe une politique institutionnelle vis-à-vis des prescriptions et utilisations "hors-AMM-hors PTT-hors RTU".	Oui ? Non? Si oui : Politique et/ou procédure		PJ	2	Eléments de preuve : procédure, programme de suivi et analyses qualitatives et quantitatives des prescriptions Présents + cohérence avec item III.4.2 = 2 Présents + limité à la liste en sus (aucun suivi sur les médicaments hors liste en sus) = 1 Absence d'informations = 0
III.2.2	Il existe une politique de mise en place d'actions de prévention des 12 never events identifiés par l'ANSM.	Oui ? Non ?			0	
Informatisation de la prise en charge médicamenteuse						
III.2.3	Il existe une politique de déploiement de la prescription informatisée.	L'établissement organise la montée en charge programmée de l'informatisation avec définition d'objectifs intermédiaires (année après année) qui serviront de base à l'évaluation annuelle du rapport d'étape. Le calendrier est à transmettre avec le rapport d'étape (sauf si informatisation entièrement déployée). Nombre de lits et places MCO avec prescription complète informatisée Pourcentage (calcul automatique) Nombre total de lits et places avec prescription complète informatisée Pourcentage (calcul automatique)		PJ	6	Lits MCO Si 60% ≤ X%, score = 3 Si 30% ≤ X% < 60%, score = 2 Si X% < 30%, score = 0 Lits totaux Si 60% ≤ X%, score = 3 Si 40% ≤ X% < 60%, score = 2 Si X% < 40%, score = 0
III.2.4	La traçabilité informatisée de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	L'établissement organise la montée en charge programmée de l'informatisation avec définition d'objectifs intermédiaires (année après année) qui serviront de base à l'évaluation annuelle du rapport d'étape. Le calendrier est à transmettre avec le rapport d'étape (sauf si informatisation entièrement déployée). Nombre de lits et places MCO avec administration informatisée Pourcentage (calcul automatique) Nombre total de lits et places avec administration informatisée Pourcentage (calcul automatique)		PJ	3	Lits MCO Si 60% ≤ X%, score = 1,5 Si 30% ≤ X% < 60%, score = 1 Si X% < 30%, score = 0 Lits totaux Si 60% ≤ X%, score = 1,5 Si 30% ≤ X% < 60%, score = 1 Si X% < 30%, score = 0
III.2.5	Votre établissement est connecté au dossier pharmaceutique.	Oui/Non Si oui, utilisation ? Retrocession ou autre ? Expérimentation ?			0	
III.2.6	Les prescriptions de sortie sont rédigées en DCI.	Oui ? Non?			1	Oui = 1 Non = 0

Organisation de la continuité du traitement du patient						
III.2.7	Un bilan de l'ensemble des traitements pris par le patient est réalisé lors de son admission.	<i>Oui ? Non?</i>				0
III.2.8	La mise en œuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Procédure, audit</i>	PJ			0
III.2.9	La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la sortie (transferts inclus).	<i>Oui ? Non ? uniquement dans certaines unités de soins ?</i> <i>Si "uniquement dans certaines unités de soins":</i> <i>« Nombre d'unités de soins » :</i> <i>Pourcentage (calcul automatique)</i> <i>Champ "Préciser les services/unités de soins concerné(e)s"</i>				2 Oui = 2 Certains services = 1 Non = 0
Médicaments anticancéreux injectables : qualité et sécurité de la prescription, de la préparation et de l'administration						
III.2.10	La prescription des chimiothérapies est réalisée sur un logiciel assurant la sécurité et la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge médicamenteuse.	<i>Oui ? Non?</i>		OUI		0
III.2.11	L'ensemble des prémédications associées (antiémétiques, hydratation...) sont systématiquement prescrites à l'aide du logiciel de prescription des chimiothérapies.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : nom du logiciel</i>		OUI		0
III.2.12	L'acheminement des préparations depuis l'unité de production jusqu'au(x) service(s) est réalisé dans des conditions sécurisées préservant la stabilité des préparations et assurant la sécurité des personnels.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Procédure</i>	PJ	OUI		0
III.2.13	Les conditions d'administration des chimiothérapies sont précisées dans la prescription.	<i>Oui ? Non?</i>		OUI		0
III.2.14	La surveillance du patient lors de l'administration des chimiothérapies injectables est adaptée aux médicaments administrés.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : exemple de protocole et la fiche de surveillance infirmière associée</i>	PJ	OUI		0
III.2.15	La préparation centralisée des médicaments anticancéreux est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation, dans la PUI de l'établissement ou dans le cadre d'une convention de sous-traitance.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui :</i> <i>Nombre de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique conformément aux BPP</i> <i>Nombre total de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique</i> <i>Pourcentage (calcul automatique)</i> <i>Date de mise en conformité aux BPP des locaux</i>		OUI		3 Oui + Date de mise en conformité = 3 Non mais avec un calendrier = 2 NC aux BPP = 0
III.2.16	Pour les chimiothérapies réalisées en dehors des heures ouvrables de l'unité de préparation centralisée, l'organisation permet une préparation sécurisée par du personnel formé et est encadrée par des procédures validées par la pharmacie à usage intérieur.	<i>Oui/Non</i> <i>Si oui justificatif demandé : procédure</i>	PJ	OUI		0

Autres médicaments injectables : conditions de réalisation des préparations ou des reconstitutions				
III.2.17	La préparation centralisée de médicaments injectables (hors cancérologie) est organisée conformément aux bonnes pratiques de préparation.	<i>Si oui : Précisez les classes de médicaments concernés : biothérapie hors cancérologie, anti-infectieux ...? Nombre de préparations d'Avastin® réalisées dans le cadre de la RTU en ophtalmologie :</i>	OUI	0
III.2.18	La préparation des médicaments radiopharmaceutiques est organisée sous la responsabilité d'un radiopharmacien conformément aux bonnes pratiques de préparation.	<i>Nombre de préparations de médicaments radiopharmaceutiques réalisées sous responsabilité d'un radiopharmacien conformément aux BPP Nombre total de préparations de médicaments radiopharmaceutiques réalisées au sein de l'établissement Pourcentage (calcul automatique)</i>	OUI	0
III.2.19	La préparation de poches de nutrition parentérale est réalisée : - dans la PUI de l'établissement conformément aux bonnes pratiques de préparation ?	<i>Oui/Non. Si oui : Nombre de préparations : Existence d'un référentiel de prescription : oui/non</i>	OUI	0
	La préparation de poches de nutrition parentérale est réalisée : - au sein des services utilisateurs - dans des conditions sécurisées et validées (local et équipement adaptés ainsi que du personnel formé)	<i>- Oui/Non si oui nombre de préparations et services concernés et préciser l'échéancier de reprise de l'activité par la PUI en application de l'instruction DGOS/DGS 2015/85 du 20 mars 2015 - Oui/Non si oui nombre de préparations</i>	OUI	0
	La préparation de poches de nutrition parentérale est réalisée : - dans le cadre d'une convention de sous-traitance	<i>Oui/Non si oui nombre de préparations</i>	OUI	0

Développement de la dispensation nominative des médicaments				
III.2.20	L'analyse pharmaceutique des prescriptions complètes est mise en œuvre.	<p><i>L'établissement organise la montée en charge programmée de l'analyse pharmaceutique avec définition d'objectifs intermédiaires (année après année) qui serviront de base à l'évaluation annuelle du rapport d'étape</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient - Pourcentage (calcul automatique) - Nombre total de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient - Pourcentage (calcul automatique) 	6	<p>Lits MCO Si $X\% \geq 60\%$, score = 3 Si $40\% \leq X\% < 60\%$, score = 2 Si $20\% \leq X\% < 40\%$, score = 1 Si $X\% < 20\%$, score = 0</p> <p>Lits totaux Si $X\% \geq 60\%$, score = 3 Si $40\% \leq X\% < 60\%$, score = 2 Si $20\% \leq X\% < 40\%$, score = 1 Si $X\% < 20\%$, score = 0</p>
III.2.21	Quel est le niveau de mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique (selon la définition de la Société française de pharmacie clinique (SFPC)) ?	<p><i>"Les % indiquent la répartition des niveaux d'analyse sur les seuls lits analysés. Le total : niveau 1 + niveau 2 + niveau 3 = 100%"</i></p> <p>Niveau 1 : % Niveau 2 : % Niveau 3 : %</p>	0	
III.2.22	La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre dans votre établissement.	<p><i>Oui/Non</i> <i>Si oui, dans quels services ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une délivrance nominative complète - Pourcentage (calcul automatique) - Nombre total de lits et places bénéficiant d'une délivrance nominative complète - Pourcentage (calcul automatique) 	4	<p>Lits MCO Si $X\% \geq 25\%$, score = 2 Si $15 \leq X\% < 25\%$, score = 1 Si $X\% < 15\%$, score = 0</p> <p>Lits totaux Si $X\% \geq 35\%$, score = 2 Si $15 \leq X\% < 35\%$, score = 1 Si $X\% < 15\%$, score = 0</p>
III.2.23	Une démarche en vue de l'automatisation de la délivrance nominative est engagée dans votre établissement.	<p><i>Oui/Non</i> <i>Si oui :</i> <i>Description du projet et échéance</i> <i>Indiquer si une coopération avec d'autres établissements est envisagée pour mutualiser une solution automatisée de préparation des doses unitaires/nominatives</i></p>	0	
Sécurisation des conditions de stockage dans les unités de soins				
III.2.24	Des armoires informatisées sont utilisées dans certaines unités de soins de votre établissement.	<p><i>Si Oui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'unités de soins concernées : - Pourcentage d'unités de soins concernées (calcul automatique) - Type d'unités de soins concernées (champ de texte libre) - Nombre total de lits et places équipés d'une armoire informatisée : - Pourcentage (calcul automatique) <p><i>Le logiciel de l'armoire est-il interfacé avec le logiciel de prescription ?</i> <i>Oui/Non</i></p> <p><i>Le logiciel de l'armoire est-il interfacé avec le logiciel de gestion des stocks de la PUI ?</i> <i>Oui/Non</i></p>	0	
Traçabilité de l'administration				
III.2.25	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	<p><i>Nombre de lits et places bénéficiant d'une traçabilité (manuelle ou informatisée) de l'administration sur un même support prescription- administration</i></p> <p><i>Pourcentage (calcul automatique)</i></p>	0	

III.3 Bon usage des dispositifs médicaux implantables (III.3.1 à III.3.8)							
III.3.1	Le représentant légal de l'établissement fixe la procédure de traçabilité de pose des DMI après avis de la CME/CfME (décret du 29 novembre 2006).	<i>Oui ? Non? Si oui procédure.</i>	PJ	OUI	1	Procédure présente = 1 Absence de procédure = 0	
III.3.2	L'organisation logistique mise en place permet à la PUI de connaître le nom, le numéro de lot et le fabricant pour l'ensemble des DMI détenus par l'établissement.	<i>Oui ? Non?</i>		OUI	0		
III.3.3	La PUI trace lors de la délivrance au service utilisateur le DMI (nom, numéro de lot, fabricant), la date de délivrance, l'identification du service utilisateur.	<i>Oui ? Non?</i>		OUI	0		
III.3.4	L'établissement s'assure de la qualité de la traçabilité de pose des DMI dans le dossier patient (nom, numéro de lot, fabricant du DMI, date d'implantation, médecin implanteur).	<i>Audit annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers audités et critères analysés) Résultat de l'audit : % d'unités de DMI dont l'implantation est tracée dans le dossier du patient</i>	PJ	OUI	2	Méthodologie et nb de dossiers renseignés = 2 Méthodologie non adaptée ou non renseignée = 0	
III.3.5	Pour un dispositif médical implantable donné, l'établissement est en mesure de retrouver de façon exhaustive tous les patients chez lesquels le dispositif a été implanté.	<i>AUDIT annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (critères analysés)</i>	PJ	OUI	2	Méthodologie et nb de dossiers renseignés = 2 Méthodologie non adaptée ou non renseignée = 0	
III.3.6	Le déploiement de l'informatisation du circuit des dispositifs médicaux implantables est réalisé.	<i>Oui ? Non? Si oui : Nom du (des) logiciels</i>		OUI	0		
III.3.7	En cas d'implantation d'un DMI, un document précisant le nom, le numéro de lot et le fabricant du DMI ainsi que la date d'implantation et le nom du médecin implanteur est remis au patient à la sortie de l'établissement (à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse).	<i>Oui/Non? - Si oui : Préciser spécialités concernées., document type, actions intégrées au programme d'actions en matière de qualité, de sécurité et d'efficience de la PECM et des dispositifs médicaux stériles</i>		OUI	2	Remise du document + inscription au plan d'action = 2 Remise du document = 1 Non = 0	
III.3.8	L'indication de pose des valves aortiques transcutanées (TAVI) est établie en réunion de concertation pluridisciplinaire (pour les établissements concernés).	<i>Fichier transmis à l'OMEDIT dans les délais demandés : Oui/non</i>		OUI	0		

III.4 Suivi des médicaments et dispositifs médicaux implantables hors GHS (III.4.1 à III.4.6)						
III.4.1	Le suivi continu des indications de prescriptions hors AMM et hors PTT/RTU de tous les médicaments hors GHS et/ou des indications d'implantations hors LPP pour tous les DMI hors GHS fait l'objet d'une présentation semestrielle en CME ou en CfME ou une commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse.	<i>Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui comptes rendus</i>	PJ	OUI	4	Médicaments Oui + Compte rendu = 2 Non = 0 DMI Oui + Compte rendu = 2 Non = 0
III.4.2	Le bilan détaillé du suivi des indications hors AMM hors PTT/RTU est transmis avec le rapport d'étape et à chaque demande de l'OMEDIT.	<i>Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui : Tableau à compléter et mention du référentiel consulté</i>	PJ	OUI	8	Barème à moduler en fonction des réponses et des contrôles qualité effectués sur la base PMSI Bilan complet et cohérent avec les données externes (PMSI, contrôles sur site, recueils...) = 8 Bilan complet MAIS non cohérent avec les données externes (PMSI, contrôles sur site, recueils...) = 4 Bilan incomplet ou absence de bilan = 0
	Le bilan détaillé du suivi des indications hors LPP est transmis avec le rapport d'étape et à chaque demande de l'OMEDIT.	<i>Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui : Tableau à compléter et mention du référentiel consulté</i>	PJ	OUI	6	Barème à moduler en fonction des réponses et des contrôles qualité effectués sur la base PMSI Bilan complet et cohérent avec les données externes (PMSI, contrôles sur site, recueils...) = 6 Bilan complet MAIS non cohérent avec les données externes (PMSI, contrôles sur site, recueils...) = 3 Bilan incomplet ou absence de bilan = 0
III.4.3	En cas d'utilisation hors AMM, l'établissement s'assure de la présence au dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.	<i>AUDIT annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés)</i>	PJ	OUI	4	Méthodologie et nb de dossiers renseignés = 4 Méthodologie non adaptée = 2 Non renseignée = 0
III.4.4	Lors de l'initiation d'un traitement par un médicament orphelin, l'avis du centre de référence (ou de compétence) est demandé et présent dans le dossier-patient.	<i>Pourcentage d'avis pour initiation de traitement par un médicament orphelin d'un centre de référence (ou de compétence)</i>		OUI	1	Si X% = 100, score = 1 Si X% < 100, score = 0
III.4.5	Les consommations (en euros) de médicaments hors GHS font l'objet d'un suivi et d'une analyse au minimum semestriels par la CME ou la CfME ou une commission représentative de la CME.	<i>Taux d'évolution de dépenses de médicaments hors GHS (dépenses année (n) - dépenses année (n-1)) / dépenses année (n-1) (unité de la réponse : %)</i>		OUI	1	Critère rempli et cohérent + compte rendu CME ou CfME = 1 Critère non rempli ou non cohérent = 0 Barème à moduler en fonction des réponses et des contrôles qualité effectués sur la base PMSI
III.4.6	Les consommations (en euros) de DMI hors GHS font l'objet d'un suivi et d'une analyse au minimum semestriels par la CME ou la CfME ou une commission représentative de la CME.	<i>Taux d'évolution de dépenses de DMI hors GHS (dépenses année (n) - dépenses année (n-1)) / dépenses année (n-1) (unité de la réponse : %)</i>		OUI	1	Critère rempli et cohérent + compte rendu CME ou CfME = 1 Critère non rempli ou non cohérent = 0 Barème à moduler en fonction des réponses et des contrôles qualité effectués sur la base PMSI