

Type de structure	REA 2016		Justificatif demandé	Neutralisable (concerné/non concerné)	Score 2016	Notation
MCO - HADP - HAD	Critères d'évaluation liés aux indicateurs nationaux					
MCO - HADP - HAD	I.1	Qualité de la prise en charge (I.1.1 à I.1.4)	Ces données sont renseignées par l'ARS. Aucune nouvelle saisie n'est demandée aux établissements de santé.			
		<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</i></p> <p><i>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>				
MCO - HADP - HAD	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				
MCO	I.1.2	Prescriptions médicamenteuses appropriées après infarctus du myocarde (IDM)			0	
MCO		BAS12 : Score agrégé des indicateurs évaluant les prescriptions médicamenteuses appropriées à la sortie				Cible régionale : ≥ 90 %
MCO	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	
MCO		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 [65 - 79%] = 3 points [0 - 64%] = 0 point
MCO	I.1.4	Dossier anesthésique (DAN)			0	
MCO		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				
MCO	I.2	Bon usage (I.2.1.1 à I.2.1.2)				
MCO	I.2.1	Bon usage des antibiotiques		OUI	5	
MCO	I.2.1.1	Indicateur composite du bon usage des antibiotiques (ICATB 2)			5	[80-100%] = 5 points [70 - 79%] = 3 points [60 - 69%] = 2 points [40 - 59%] = 1 point [0 - 39%] = 0 point
MCO	ATB01	Le programme d'action relatif au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux comprend un volet sur les antibiotiques				
MCO	ATB02	Chaque prescripteur a accès à un conseil diagnostique et thérapeutique en antibiothérapie				
MCO	ATB03	Les modalités de collaboration entre le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue le cas échéant, sont définies				

MCO	ATB04	Il existe une procédure d'alerte validée par la CME pour une réévaluation de l'antibiothérapie				
MCO	ATBM1	Il existe une connexion informatique entre les secteurs d'activités des prescripteurs, le laboratoire de microbiologie et la pharmacie				
MCO	ATBM2	La prescription des antibiotiques est informatisée				
MCO	ATBM3	Il existe un (des) référent(s) en antibiothérapie				
MCO	ATBM4a	Le(s) référent(s) a (ont) une compétence adaptée à ses (leurs) missions				
MCO	ATBM4b	Ses (leurs) compétences sont actualisées régulièrement				
MCO	ATBM5	Nombre d'ETP spécifiquement affectés au(x) référent(s) antibiotique intervenant dans l'établissement				
MCO	ATBM6	Une formation des nouveaux prescripteurs, permanents ou temporaires est prévue par l'établissement pour le bon usage des antibiotiques				
MCO	ATBA1	Il existe une liste d'antibiotiques « ciblés » dans l'établissement				
MCO	ATBA2	Il existe un protocole actualisé sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection				
MCO	ATBA3	Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient				
MCO	ATBA4	Les modalités de contrôle/réévaluation sont déterminées par l'établissement				
MCO	ATBA5	Des tests d'orientation diagnostique sont présents dans les services d'urgence				
MCO	ATBA6	Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité				
MCO	ATBA7	Cette surveillance se fait dans le cadre d'un réseau				
MCO	ATBA8	Les données de surveillance de la consommation sont confrontées à celles de la résistance aux antibiotiques				
MCO	ATBA9	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont restitués à toutes les disciplines participantes				
MCO	ATBA 10	Les résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques sont présentés en CME				
MCO	ATBA11a	Evaluation du respect de la molécule recommandée				
MCO	ATBA11b	Evaluation de la posologie de l'antibiotique				
MCO	ATBA11c	Evaluation de la durée de l'antibiothérapie				
MCO	ATBA11d	Evaluation de la réévaluation, réadaptation de traitement (désescalade en cas d'antibiothérapie probabiliste etc)				
MCO	ATBA12	Les résultats des évaluations sont restitués à toutes les disciplines participantes				
MCO	ATBA13	Les résultats des évaluations sont restitués à la CME				
MCO	I.2.1.2	Utilisation d'un outil de suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes, permettant d'alimenter le dispositif de suivi régional.				

MCO		L'outil Consores de suivi des consommations des antibiotiques et des résistances bactériennes est utilisé au sein de votre établissement ?	<p>Oui ? Non ?</p> <p>Si non : justificatif : calendrier de déploiement</p> <p>En dehors d' ATB raisin, disposez-vous d'un autre outil vous permettant de suivre les données de consommations et de résistances ?</p> <p>Si oui lequel ?</p> <p>o Consores / o Autre outil</p> <p>Si "oui" et "autre outil" permet-il des comparaisons :</p> <p>- inter - services ? oui/non</p> <p>- inter - établissements ? oui/non</p> <p>Si "oui" et "autre outil" : justificatif : extrait d'un exemple de comparaisons inter - services et inter - établissements produit par l'outil utilisé</p>			0	
-----	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---	--

MCO - HADP - HAD		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)					
MCO - HADP - HAD	I.2.2.1	Le suivi continu des indications de prescriptions de tous les médicaments hors GHS est organisé	Oui ? Non? Si non pourquoi ? <i>Si oui :</i>		OUI	2	Nb de patients renseigné et cohérent = 2 Nb de patients non renseigné ou incohérent = 0
			Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS dans une indication AMM				
			Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS dans le cadre d'une RTU				
			Nombre de patients ayant reçu un médicament hors GHS en dehors de son AMM ou d'une RTU				
MCO	I.2.2.2	Le suivi continu des indications d'implantations pour tous les DMI hors GHS est organisé	Oui ? Non? Si non pourquoi ? <i>Si oui :</i>		OUI	2	Nb de patients renseigné et cohérent = 2 Nb de patients non renseigné ou incohérent = 0
			Nombre d'implants posés dans le cadre de l'arrêté d'inscription sur la LPP				
			Nombre d'implants posés hors arrêté d'inscription sur la LPP				
	I.2.2.3	La classification CLADIMED (classification française des dispositifs médicaux) est mise en œuvre	Nombre de DMI posés codés selon la classification CLADIMED Nombre total de DMI posés		OUI	0	

MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		II Critères d'évaluation sans indicateurs nationaux de suivi					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		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)				
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		II.1.1	Politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (II.1.1.1 à II.1.1.6)				
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	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 ? 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
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.1.2	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 ? Oui ? Non ? Oui ? Non ? Si oui : programme d'actions avec indicateurs de suivi L'atteinte de l'objectif sera appréciée sur la base des 3 éléments cités</i>	PJ			6 Tous les éléments sont présents : 6 points Programme partiellement complet (ATB,DMI,CREX...) : 4 points Programme qualitativement insuffisant : 2 points Absence de programme ou programme non défini par la CME : 0 point
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.1.3	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 ? 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
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.1.4	Le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse désigné par l'établissement dispose d'un temps dédié et ses missions sont formalisées.	<i>Oui ? Non ? Si oui : Nombre d'ETP spécifiquement affecté au RSMQ intervenant dans l'établissement</i>				0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.1.5	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 ? Si oui : Comptes-rendus de réunion CME</i>	PJ			2 Bilan d'activité du RSMQ = 2 Absence de bilan d'activité = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.1.6	L'établissement propose et met en œuvre des formations spécifiques à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse y compris sous forme de e-learning ou formation interne.	<i>Pour les 3 dernières années : personnel médical : % de personnes formées personnel non médical (dont administratif) : % de personnes formées</i>				1 Cible régionale : 15 %. % de personnes formées (2 chiffres attendus) et chaque valeur ≥ 15% = 1 Absence d'information ou 1 chiffre < 15% = 0

MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		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.1.2.7)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.1	L'étude des risques <i>a priori</i> sur la PECM (quelle que soit la méthode utilisée) est réévaluée périodiquement. La fréquence de réévaluation prend en compte notamment le calendrier de la certification HAS, les événements porteurs de risques et toute modification du processus ou d'activité.	Oui ? Non? Si oui : Nombre d'unités réévaluées au cours de l'exercice concerné par le rapport d'étape Pourcentage (calcul automatique)			1	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.2	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.	Oui ? Non? Si oui : Justificatif demandé : charte de non punition, charte d'incitation au signalement interne, sensibilisation.	PJ		0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.3	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.	Oui ? Non? Si oui : 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. Nombre d'événements PECM analysés en CREX / nombre de CREX	PJ		1	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.4	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...).	Oui ? Non? Si oui : Précisez les méthodologies employées pour l'analyse collective des causes des événements <i>a posteriori</i>	PJ		1	Méthodologie validée, pluridisciplinarité, monothématique et actions correctives Informations complètes = 1 Informations incomplètes ou absence d'information = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.5	Les actions d'amélioration, issues notamment des résultats de l'étude de risques, 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.	Oui ? Non? Si oui, 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 points Pas d'actions d'amélioration ou non intégrées dans le programme/actions d'amélioration intégrées dans le programme spécifique de la PECM mais informations incomplètes = 0 point
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.6	L'évaluation des actions d'amélioration jugées prioritaires lors de la réunion de retour d'expérience est réalisée.	Oui ? Non? Si oui : Quel type d'évaluation ?			1	Oui + types précisés = 1 Non = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.2.7	Le bilan des déclarations d'événements indésirables 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.	Oui ? Non?			0	

MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		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)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	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>				
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.3.2	Prise en charge de la douleur (critère 12 a de la V2010)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.3.3	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient (critère 20a de la V2010)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.3.4	Prise en charge médicamenteuse du patient (critère 20 a bis de la V2010)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.3.5	Prescription médicamenteuse chez le patient âgé (critère 20 b de la V2010)				0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.3.6	Traçabilité des DMI (critères 26a de la V2010)					
		Traçabilité des DMI (critères 26b de la V2010)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	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)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	II.1.4	Informatisation de la prise en charge médicamenteuse (II.1.4.1 à II.1.4.2)	Objectifs Hopital numérique <i>Ces données sont renseignées par l'ARS. Aucune nouvelle saisie n'est demandée aux établissements de santé.</i>				Cible régionale > 50%
	II.1.4.1	Le déploiement de la prescription informatisée est mis en oeuvre.	<i>(oSIS) Taux de séjours disposant de prescriptions de médicaments informatisées</i>			0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	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	
MCO - HADP - DIA	II.2	Effizienz de la prise en charge du patient (II.2.1 à II.2.3)					
MCO - HADP - DIA	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? Préciser le ou les groupement(s) de commande ou centrale(s) d'achat ou centrale(s) de référencement : (champ de texte libre)</i>			2	Adhésion à un groupement d'achat = 2 points Absence d'information = 0 point
MCO - HADP - DIA	II.2.2	Le livret thérapeutique des médicaments ou la liste des médicaments à utiliser préférentiellement est mis à jour régulièrement.	<i>date de dernière MAJ</i>			0	
MCO - HADP - DIA	II.2.3	Le livret thérapeutique des dispositifs médicaux stériles (DMS) ou la liste des dispositifs médicaux stériles à utiliser préférentiellement est mis à jour régulièrement.	<i>date de dernière MAJ</i>			0	
MCO - HADP - DIA	III	Critères d'évaluation appuyés sur des indicateurs et thèmes régionaux					
MCO - HADP - DIA	III.1	Effizienz (III.1.1 à III.1.6)					
MCO - HADP - DIA	III.1.1	Le livret thérapeutique des médicaments mentionne une notion du coût unitaire par UCD ou du coût de traitement journalier.	<i>Oui/Non</i>			1	Coût unitaire indiqué dans le livret = 1 Coût unitaire non indiqué dans le livret = 0
MCO - HADP - DIA	III.1.2	Le livret thérapeutique des DMS mentionne le coût unitaire de chaque dispositif.	<i>Oui/Non</i>			1	Coût unitaire indiqué dans le livret = 1 Coût unitaire non indiqué dans le livret = 0
MCO - HADP - DIA	III.1.3	L'établissement a mis en place une stratégie de référencement de spécialités inscrites dans le répertoire des génériques (lien vers le répertoire)	<i>Taux de référencement des médicaments inscrits au répertoire des génériques nombre de spécialités inscrites au livret ET figurant au répertoire des génériques nombre de spécialités inscrites au livret :</i>				

MCO - HADP - DIAP	III.1.4	Pour les anti-TNF alpha, l'établissement a mis en place une stratégie d'utilisation de biosimilaires ?	<i>Pour les anti-TNF alpha :</i> <i>Nombre d'UCD de biosimilaire délivrées aux unités de soins</i> <i>Nombre d'UCD du biomédicament de (référence + biosimilaire) délivrés</i>				
MCO - HADP - DIAP	III.1.5	Pour les Erythropoïétines, l'établissement a mis en place une stratégie d'utilisation de biosimilaires ?	<i>Pour les Erythropoïétines :</i> <i>Nombre d'UCD de biosimilaire délivrées aux unités de soins</i> <i>Nombre d'UCD du biomédicament de (référence + biosimilaire) délivrés</i>				
MCO - HADP - DIAP	III.1.6	Pour les G-CSF, l'établissement a mis en place une stratégie d'utilisation de biosimilaires ?	<i>Pour les G-CSF :</i> <i>Nombre d'UCD de biosimilaire délivrées aux unités de soins</i> <i>Nombre d'UCD du biomédicament de (référence + biosimilaire) délivrés</i>				
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2	Bon usage des médicaments (III.2.1 à III.2.23)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.1	Il existe une politique institutionnelle vis-à-vis des prescriptions et utilisations "hors-AMM -hors RTU" pour l'ensemble des médicaments, qu'ils bénéficient d'un financement intra-GHS ou hors GHS.	<i>Oui ? Non?</i> <i>Si oui : Politique et/ou procédure</i>	PJ		2	Éléments de preuve : procédure, programme de suivi et analyses qualitatives et quantitatives des prescriptions Présents + cohérence avec item III.4.3 = 2 Présents + limités à la liste en sus (aucun suivi sur les médicaments hors liste en sus) = 1 Absence d'informations = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.2	Il existe un programme d'actions de prévention des never events (tels que définis par l'ANSM)	<i>Oui ? Non ?</i>			0	

MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	Informatisation de la prise en charge médicamenteuse (III.2.3 à III.2.6)						Cible régionale : 70%
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.3	Le déploiement de la prescription informatisée est mis en oeuvre.	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 65 % ≤ X%, score = 3 Si 35% ≤ X% < 65%, score = 2 Si X% < 35%, score = 0 Totalité des lits Si 65% ≤ X%, score = 3 Si 35% ≤ X% < 65%, score = 2 Si X% < 35%, score = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	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 65 % ≤ X%, score = 2 Si 35% ≤ X% < 65%, score = 1 Si X% < 35%, score = 0 Totalité des lits Si 65% ≤ X%, score = 1 Si X% < 65%, score = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.5	La version du ou des logiciels d'aide à la prescription (LAP) utilisés au sein de l'établissement est certifiée par la HAS.	Oui/Non Pour chaque LAP préciser : nom et n° de version			0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.6	Les prescriptions de sortie remises au patient mentionnent la DCI pour chaque médicament.	Oui ? Non?			1	Oui = 1 Non = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	Organisation de la continuité du traitement du patient						
		<i>La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. (définition HAS)</i>					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.7	La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la sortie (transferts inclus).	Oui ? Non? Précisez (document de sortie HAS, lettre de liaison, conciliation des traitements médicamenteux ..)			2	Oui + précisions + cohérence avec l'item conciliation (III.2.8) si concerné = 2 points Non = 0 point
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.8	La conciliation des traitements médicamenteux est mise en place dans au moins une unité de soins de votre établissement	Si oui quelle(s) unité(s) ou type(s) de patient(s) ? À l'entrée? À la sortie ? Si non, une réflexion est-elle en cours dans l'établissement (unité de soins prioritaire, calendrier)			0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.9	Votre établissement est connecté au dossier pharmaceutique du patient (outil mis en oeuvre par le Conseil National de l'Ordre des pharmaciens)	Oui ? Non? Si oui, unités de soins concernées ? Rétrocession ?			0	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.10	La mise en oeuvre de la procédure relative à la gestion du traitement personnel du patient est évaluée.	Oui ? Non? Si oui : méthodologie et résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours)	PJ		1	Audit ou évaluation transmis(e) = 1 Audit ou évaluation non réalisé(e)/non transmis(e) = 0

MCO - HADP - HAD		Médicaments anticancéreux injectables : qualité et sécurité de la prescription, de la préparation et de l'administration					
MCO - HADP - HAD	III.2.11	Un thésaurus des protocoles de chimiothérapies anticancéreuses est élaboré selon une méthodologie pluridisciplinaire, avant d'être intégré au logiciel de prescription.	<i>oui ? / Non ? Si oui : méthodologie d'élaboration (intégrant les participants, les critères d'éligibilité des utilisations intégrées au thésaurus, la périodicité de mise à jour et les modalités de diffusion)</i>		OUI	0	
MCO - HADP - HAD	III.2.12	Le thésaurus intègre les situations hors AMM les plus fréquentes ainsi que les références bibliographiques publiées dans des revues à comité de lecture associées. (Un lien avec le thésaurus peut être retrouvé dans le dossier patient)	<i>oui ? / Non ? Si oui : transmettre un exemple de situations hors AMM intégrée au thésaurus</i>		OUI	0	
MCO - HADP - HAD	III.2.13	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? Si oui : Nombre de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique conformément aux BPP Nombre total de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique Pourcentage (calcul automatique) 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 Non-conformité aux BPP = 0
MCO - HADP - HAD	III.2.14	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 Si oui justificatif demandé : procédure</i>	PJ	OUI	1	Procédure transmise = 1 Procédure non transmise = 0
MCO - HADP - HAD		Autres médicaments injectables : conditions de réalisation des préparations ou des reconstitutions					
MCO - HADP - HAD	III.2.15	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	1	
MCO	III.2.16	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	
MCO	III.2.17	La préparation de poches de nutrition parentérale est réalisée - de manière centralisée par la PUI de l'établissement ? - conformément aux bonnes pratiques de préparation ? - dans le cadre d'une convention de sous-traitance ?	<i>Oui/Non Si oui, préciser le nombre de préparations Oui/Non Oui/Non</i>		OUI	1	2 réponses « oui » / 3 = 1 point
MCO	III.2.18	Pour la nutrition parentérale pédiatrique, il existe un référentiel de prescription privilégiant les prescriptions de spécialités avec autorisation de mise sur le marché (Instruction DGOS/PF2/DGS/PP2 no 2015-85 du 20 mars 2015)	<i>Oui/non</i>			0	
MCO - HADP - DIAP		Développement de la dispensation nominative des médicaments					
MCO - HADP - DIAP	III.2.19	L'analyse pharmaceutique des prescriptions complètes est mise en œuvre : l'établissement organise la montée en charge programmée de l'analyse pharmaceutique en fonction de son profil d'activité (chirurgie ambulatoire, médecine...).	<i>oui/non - 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)</i>			6	Lits MCO Si X% ≥ 60%, score = 3 Si 45% ≤ X% < 60%, score = 2 Si 25% ≤ X% < 45%, score = 1 Si X% < 25%, score = 0 Totalité des lits Si X% ≥ 60%, score = 3 Si 45% ≤ X% < 60%, score = 2 Si 25% ≤ X% < 45%, score = 1 Si X% < 25%, score = 0
						Cible régionale (MCO) : 70%	

MCO - HADP - DIAP	III.2.20	Le choix du niveau d'analyse pharmaceutique est adapté au niveau de risque défini par la CME ou la CfME (type de service, patient à risque, médicament à risque)	<i>oui/non</i> <i>nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 1 (parmi l'ensemble des lits bénéficiant d'une analyse)</i> <i>nombre de lits bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de niveau 2 ou 3 (parmi l'ensemble des lits bénéficiant d'une analyse)</i> <i>Niveaux 1, 2, 3 tels que définis par la SFPC</i>			0	
MCO - HADP - DIAP	III.2.21	La délivrance nominative du traitement médicamenteux complet est mise en œuvre : l'établissement organise la montée en charge programmée de l'activité de délivrance nominative en fonction de son profil d'activité.	<i>Oui/Non</i> <i>Si oui, dans quels services ?</i> <i>- Nombre de lits et places MCO bénéficiant d'une délivrance nominative complète</i> <i>- Pourcentage (calcul automatique)</i> <i>- Nombre total de lits et places bénéficiant d'une délivrance nominative complète</i> <i>- Pourcentage (calcul automatique)</i>			3	Lits MCO Si X% ≥ 35%, score = 2 Si 20% ≤ X% < 35%, score = 1 Si X% < 20%, score = 0 Totalité des lits Si X% ≥ 30%, score = 1 Si X% < 30%, score = 0
MCO - HADP - DIAP	III.2.22	Le projet de montée en charge de la délivrance nominative intègre : - un projet d'automatisation de la délivrance nominative , - un projet d'automatisation de la délivrance nominative avec une solution mutualisée ?	<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>			1	
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA		Traçabilité de l'administration					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.2.23	La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.	<i>Nombre de lits et places bénéficiant d'une traçabilité (manuelle ou informatisée) de l'administration sur un même support prescription- administration</i> <i>Pourcentage (calcul automatique)</i>			0	

MCO	III.3	Bon usage des dispositifs médicaux implantables (III.3.1 à III.3.8)				
MCO	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
MCO	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	1
MCO	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
MCO	III.3.4	Pour un patient donné, l'établissement s'assure de la qualité de la traçabilité de pose des DMI (nom, numéro de lot, fabricant du DMI, date d'implantation, médecin implanteur).	<i>Résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours) : Pour l'audit 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 Pour l'évaluation de l'audit : détail des actions mises en oeuvre</i>	PJ	OUI	1 Méthodologie et nb de dossiers renseignés = 1 Méthodologie non adaptée ou non renseignée = 0
MCO	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>Résultats de l'audit ou évaluation des actions engagées suite à l'audit (année précédente ou en cours) : Pour l'audit dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (critères analysés) Pour l'évaluation de l'audit : détail des actions mises en oeuvre</i>	PJ	OUI	1 Méthodologie et nb de dossiers renseignés = 1 Méthodologie non adaptée ou non renseignée = 0
MCO	III.3.6	Pour les DMI gérés en achat, en dépôt permanent ou en dépôt temporaire, la traçabilité sanitaire (livraison dans service utilisateur, pose) est assurée par un enregistrement informatisé.	<i>Oui ? Non? Si oui : Nom du (des) logiciels</i>		OUI	1
MCO	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 : document type, spécialités concernées.</i>		OUI	1 Oui + champs complétés + programme d'actions cohérent = 1 point non = 0 point
MCO	III.3.8	L'indication de pose des valves aortiques transcathédriques (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	1 Données des implantations réalisées en 2016 transmises à l'OMEDIT = 1 Données des implantations réalisées en 2016 non transmises à l'OMEDIT = 0

III.4		Suivi des médicaments et dispositifs médicaux hors GHS (III.4.1 à III.4.7)					
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.4.1	Le suivi continu des indications de prescriptions hors AMM et hors RTU de tous les médicaments hors GHS fait l'objet d'une présentation semestrielle en CME ou en CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse.	Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui comptes rendus	PJ	OUI	2	Oui + Compte rendu = 2 Non = 0
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.4.2	Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors AMM hors RTU est transmis avec le rapport d'étape et à chaque demande de l'OMEDIT.	Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui : Tableau à compléter et mention des références bibliographiques documentant l'utilisation Attention : L'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT.	PJ	OUI	8	8 points : - A partir des tableaux complétés : - Complétude du document - Cohérence avec les données du PMSI et avec le suivi déclaré en I. 2. 2. 1 - Argumentaire transmis et cohérence des références bibliographiques avec la situation clinique 4 points : tableau adressé avec le REA mais ne remplissant pas tous les critères attendus 0 point : absence de document
MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.4.3	En cas d'utilisation hors AMM hors RTU, l'établissement s'assure de la présence dans le dossier-patient d'une argumentation étayée par des revues à comité de lecture.	AUDIT annuel de dossiers médicaux : description détaillée de la méthodologie employée (nombre de dossiers étudiés et nombre de dossiers argumentés) Rq : L'argumentation dans le dossier patient pourra renvoyer vers le thésaurus de votre établissement pour les situations hors AMM qui y sont intégrées (cf III.2.1) .	PJ	OUI	4	Qualité de la méthodologie prise en compte pour obtenir 4 points : - nb dossiers audités > 30 (si nb <30 prendre la totalité cf item I.2.2.1) - échantillon représentatif de l'activité (plusieurs spécialités médicales, plusieurs spécialités pharmaceutiques (cf item III.4.2)) - argumentaire clinique s'appuyant sur des références bibliographiques EBM Méthodologie non adaptée = 2 points Non renseignée = 0 point
MCO	III.4.4	Le suivi continu des utilisations hors LPP pour tous les DMI hors GHS fait l'objet d'une présentation semestrielle en CME ou en CfME ou en commission représentative de la CME pour la prise en charge médicamenteuse.	Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui comptes rendus	PJ	OUI	2	Oui + Compte rendu = 2 Non = 0
MCO	III.4.5	Le bilan détaillé annuel du suivi des utilisations hors LPP est transmis avec le rapport d'étape et à chaque demande de l'OMEDIT. Ce bilan mentionnera le suivi détaillé pour au moins deux familles de DMI ciblées (endoprothèse coronaire, PTH, PTG...)	Oui/Non Si non? Pourquoi ? Si oui : Tableau à compléter et mention du référentiel consulté. Attention : L'annexe transmise devra obligatoirement respecter le format excel mis à disposition sur le site de l'OMEDIT.	PJ	OUI	6	6 points : - A partir des tableaux complétés : - Cohérence avec le suivi déclaré en I.2. 2. 2 - Existence d'une documentation pour au moins quelques DMI - Cohérence du document transmis avec la présentation en CME /CfME et des références bibliographiques avec la situation clinique 3 points : tableau adressé avec le REA mais ne remplissant pas tous les critères attendus 0 point : absence de document.

MCO - HADP - HAD - DIAP - DIA	III.4.6	Les évolutions de consommation des produits de la liste en sus font l'objet d'une analyse qualitative et quantitative	<i>Taux d'évolution (année 2015/2016) des médicaments de la liste en sus : Taux d'évolution (année 2015/2016) des DMI de la liste en sus :</i> <i>+ commentaires , notamment : nouveaux prescripteurs, nouvelles DCI ou nouveaux DMI, variation d'activité</i>	PJ	OUI	2	Critère rempli et cohérent + compte rendu CME ou CfME = 2 Critère non rempli ou non cohérent = 0 Barème à moduler en fonction des réponses et des contrôles qualité effectués sur la base PMSI	
	MCO - HADP-DIAP	III.4.7	Pour toute prescription initiale d'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>	PJ	OUI	1	Si X% = 100, score = 1 Si X% < 100, score = 0
100								
		Pour le Directeur général de l'Agence régionale de santé Ile-de-France Le Directeur de santé publique	Le Médecin conseil régional du régime général de l'Assurance Maladie régional par interim				Le Représentant légal de l'établissement	
		Laurent CASTRA	Jean-François BAYET					