I. Structure

	A. Organisation	Oui	Non	NC	Commentaires
A.01	Au cours de la même journée, plusieurs médecins prescrivent des médicaments pour le même patient.				
A.02	Il existe un(e) IDE (non cadre) référent(e) médicaments dans votre unité de soins et cette tâche figure dans sa fiche de mission.				
A.03	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois un(e) ou des IDE du pool ou d'autres services.				
A.04	Votre unité de soins accueille au moins un jour ou une nuit par mois un(e) ou des IDE intérimaires.				
A.05	Votre unité de soins accueille au moins un(e) élève infirmier(e) par an.				
A.06	Dans votre unité de soins, à activité constante, le personnel soignant absent est systématiquement remplacé.				
A.07	Dans votre unité de soins, à activité constante, la charge de travail des IDE absent(e)s est répartie sur d'autres catégories de personnel non habilité (glissement de tâches).				
A.08	La transmission entre les différentes équipes soignantes est organisée et assurée systématiquement.				
A.09	Le personnel de votre unité de soins est amené à effectuer chaque mois des heures supplémentaires.				
A.10	Un pharmacien référent a été désigné pour votre unité de soins.				
A.11	Un préparateur référent a été désigné pour votre unité de soins.				
A.12	L'équipe paramédicale connait le nom du ou des médecins en charge des patients de votre unité de soins.				
A.13	Les coordonnées des référents médicaux sont disponibles dans le dossier patient.				
A.14	Les professionnels de santé de votre unité ont à disposition une messagerie sécurisée de santé pour communiquer avec les professionnels de santé de ville.				
A.15	L'organisation de la continuité des soins est formalisée ou conventionnée.				
A.16	Les praticiens représentant les différentes spécialités médicales et pharmaceutiques de l'établissement sont investis dans les travaux COMEDIMS.				
	B. Type de prise en charge	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
B.01	Votre unité de soins assure plusieurs types de prises en charge de patients (hospitalisation de jour/hospitalisation complète/soins intensifs…).				
B.02	Tous les patients sont identifiés par un bracelet.				
B.03	Au moins une fois par semaine, un patient change de chambre au cours de son séjour dans votre unité de soins.				
B.04	Votre unité de soins comprend au moins une chambre à deux lits ou plus.				
B.05	Votre unité de soins prend en charge des patients à risques (pédiatrie, réanimation, gériatrie...).				

II. Politique de sécurisation du médicament

Prévention

	C. Protocoles/procédures générales	Oui	Non	NC	Commentaires
C.01	Une procédure définit les règles d'approvisionnement (notamment en urgence), de gestion et d'utilisation des médicaments.				
C.02	Une procédure décrivant les modalités et leurs conditions de prescription est remise aux internes lors de la réunion d'accueil.				
C.03	Une procédure décrit les modalités de la permanence pharmaceutique (accès aux médicaments pendant la fermeture de la PUI...).				
C.04	Une procédure décrit les modalités d'utilisation des médicaments définis comme à risque au sein de l'unité de soins (médicaments à marge thérapeutique étroite...).				
C.05	Une procédure décrit les modalités d'utilisation des dispositifs d'administration complexes (pousse-seringues électriques, PCA, infuseurs…).				
C.06	Une procédure décrit l'entretien des zones de stockage des médicaments.				
C.07	Une procédure décrit l'entretien des chariots utilisés pour l'administration des médicaments aux patients.				
C.08	Une procédure décrit les modalités de gestion (conservation, patient unique, usage unique…) des formes multi-doses (flacons, stylos injectables…).				
C.09	Un document liste les comprimés ne devant pas être broyés, les gélules ne devant pas être ouvertes et les modalités de substitution éventuelle.				
C.10	Une procédure décrit les bonnes pratiques de broyage des comprimés (utilisation du broyeur…).				
C.11	Une procédure décrit les règles de préparation et d'étiquettage des médicaments injectables				
C.12	Une procédure définit les conditions de conservation des médicaments (température, lumière…).				
C.13	Ces procédures sont actualisées/revalidées selon un rythme validé par la direction qualité.				
C.14	Une procédure encadre l'organisation de la continuité médicamenteuse (entrée, sortie, transfert du patient) et définit le rôle des différents acteurs (médecins, soignants).				
C.15	Ces procédures sont intégrées à la base de gestion documentaire institutionnelle.				
	D. Information/formation	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
D.01	Les spécificités de la prise en charge médicamenteuse de votre unité de soins sont expliquées lors de l'accueil/formation d'un nouveau professionnel de santé.				
D.02	La formation continue des professionnels sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est réalisée. Celle-ci est adaptée aux activités et aux risques identifiés au sein de l'unité de soins et est inscrite par exemple dans un plan de formation avec fiche pédagogique.				
D.03	Les IDE de l'unité de soins participent à des formations sur les médicaments (réunion, e-learning, serious game …) utilisés dans l'unité, a minima pour les médicaments à risques et/ou les never events				
D.04	Les IDE et prescripteurs de votre unité de soins sont formés à l'utilisation (dont les conditions particulières de manipulation et de conservation) des médicaments utilisés dans l'unité, a minima pour les médicaments à risque.				
D.05	Les prescripteurs et les IDE de l'unité de soins sont informés des enjeux médico-économiques associés aux médicaments utilisés dans l'unité de soins.				

D.06	Au moins une fois par semestre, les médecins de votre unité de soins ou le(s) pharmacien(s) animent des séances d'information pour les IDE sur les nouveaux médicaments.				
D.07	Les risques de confusion entre deux médicaments (conditionnement, homonymie, homophonie, étiquetage…) sont pris en compte par un système d'alerte adapté (affichette, auto-collant, gommette…).				
D.08	Le livret thérapeutique actualisé est disponible dans votre unité de soins sous une forme adaptée à la consultation par les professionnels de santé.				
D.09	Les **prescripteurs** sont informés des nouveaux médicaments introduits au livret thérapeutique et des modifications de spécialités pour une même DCI.				
D.10	Les **IDE** sont informé(e)s des nouveaux médicaments introduits au livret thérapeutique et des modifications de spécialités pour une même DCI.				
D.11	Tous les professionnels de santé (nouveaux arrivants, internes) sont formés à l'utilisation des dispositifs d'administration des médicaments : calcul de doses et de débit, programmation, surveillance, traçabilité.				
D.12	Les connaissances sur les dispositifs d'administration des médicaments sont régulièrement évaluées (par exemple par des entrainements, des e-learning).				
D.13	Les modalités d'accès aux résumés des caractéristiques du produit des médicaments (RCP) sont connues de l'ensemble des professionnels de santé.				
	E. Retour d'expérience	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
E.01	Des actions de sensibilisations sont effectuées régulièrement auprès des **personnels médicaux** sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (participation à la semaine sécurité patient, campagnes d'affichage, séances d'information…).				
E.02	Des actions de sensibilisations sont effectuées régulièrement auprès des **personnels soignants** sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (participation à la semaine sécurité patient, campagnes d'affichage, séances d'information…).				
E.03	Des actions de sensibilisations sont effectuées régulièrement auprès **des patients s**ur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (participation à la semaine sécurité patient, campagnes d'affichage, séances d'information…).				
E.04	Le signalement d'évènements indésirables médicamenteux, de risque ou d'erreurs médicamenteuses, est réalisable (possible) à tout moment par l'ensemble des professionnels de santé de votre unité.				
E.05	Les modalités de déclaration des évènements indésirables médicamenteux, de risque ou d'erreurs médicamenteuses sont connues de l'ensemble des professionnels de santé de votre unité de soins.				
E.06	Les modalités de déclaration de **matériovigilance** sont connues de l'ensemble des professionnels de santé de votre unité de soins.				
E.07	Les modalités de déclaration de **pharmacovigilance** sont connues de l'ensemble des professionnels de santé de votre unité de soins.				
E.08	Des comités de retour d'expérience et des revues de morbi-mortalité ont lieu au moins une fois par an entre notamment prescripteurs, IDE de votre unité et la PUI, selon une méthode d'analyse définie.				
E.09	Afin d'inciter à la déclaration des évènements indésirables, une politique de non punition est mise en place au sein de l'établissement.				
E.10	Toutes les actions correctrices décidées durant ces réunions pluridisciplinaires sont mises en place dans les délais prévus et intégrées au programme d'actions de l'établissement.				
Pilotage					
	F. Bon usage des médicaments	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**

F.01	Les **prescripteurs** de votre unité de soins sont informés régulièrement des travaux de la COMEDIMS (ou commission équivalente).				
F.02	Les **IDE** intervenant dans l'unité de soins sont informé(e)s régulièrement des travaux de la COMEDIMS (ou commission équivalente).				
F.03	Les modalités d'utilisation hors AMM des médicaments font l'objet de protocoles (informations du patient, justifications dans le dossier patient…).				
F.04	Une analyse de l'évolution quantitative et qualitative de la consommation médicamenteuse de l'unité de soins est réalisée au moins 1 fois par an.				
F.05	Les prescripteurs mettent en œuvre les recommandations institutionnelles visant à optimiser la prescription médicamenteuse (antibiothérapie, antalgiques, hors GHS…).				
F.06	L'antibioprophylaxie pré-opératoire (acte invasif) fait l'objet de protocole(s) (molécule, durée de traitement, voie d'administration…) tenant compte des recommandations les plus récentes, du type de chirurgie, du patient …				
F.07	Les prescripteurs définissent collectivement des actions d'amélioration des pratiques de prescriptions (par exemples réduction des prescriptions de psychotropes, administration par pompes PCA, relais IV/PO).				
F.08	Une liste des médicaments à risque a été définie et des dispositions spécifiques de gestion/prescription/administration ont été mises en place, en lien avec la PUI et le RSMQ de la prise en charge médicamenteuse.				
F.09	La liste des médicaments à risque est régulièrement mise à jour dans le cadre d'une collaboration entre l'unité de soins, la PUI et le RSMQ de la prise en charge médicamenteuse, diffusée et consultable à tout moment par les professionnels de l'unité de soins.				
F.10	Les pompes volumétriques, PCA et pousse seringues sont (re)paramétrés après chaque procédure de mise en service ou d'entretien par le biomédical ou le prestataire.				
F.11	Le (re)paramétrage des pompes volumétriques, PCA et pousse seringue fait l'objet d'une procédure et d'une traçabilité.				
F.12	Dans l'établissement, il existe une politique d'investissement pour tendre vers un parc de pompes volumétriques, PCA et pousse seringues homogène.				
	G. Synergies PUI/unités de soins	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
G.01	Le circuit du médicament en place repose sur une concertation formalisée et contractualisée entre le médecin, le cadre et le pharmacien référent.				
G.02	Une visite annuelle d'évaluation globale (transport, rangement, stockage..) avec rapport et suivi est réalisée sous la responsabilité du pharmacien.				
G.03	Les professionnels qui réceptionnent les médicaments de la PUI sont formées à la spécificité de ces produits et évaluées.				

III. Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse (PECM)

Entrée et sortie du patient

	H. Entrée et dossier du patient	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
H.01	L'autonomie pouvant être laissée au patient pour la prise de ses traitements sur prescription médicale est définie dans une procédure qui recense les traitements éligibles, les conditions (critères d'inclusion, niveau d'autonomie…) et les modalités de mise en œuvre (durée de dispensation, mode de stockage, accès aux traitements, traçabilité de la prise ...).				
H.02	L'autonomie laissée au patient volontaire pour l'auto-administration de tout ou partie de ses médicaments résulte d'une décision médicale après concertation avec l'équipe (IDE, prescripteur, pharmacien).				

H.03	Cette décision est tracée dans le dossier du patient (= dossier médical + dossier de soins).				
H.04	Les éventuels troubles de déglutition du patient sont systématiquement indiqués dans son dossier.				
H.05	Les allergies éventuelles du patient sont systématiquement mentionnées dans son dossier.				
H.06	Le poids du patient est mesuré systématiquement et indiqué dans le dossier.				
H.07	En cas de séjour prolongé, le poids du patient est mesuré à intervalles réguliers.				
H.08	La fonction rénale du patient est réévaluée régulièrement au cours du séjour et notée dans son dossier.				
H.09	L'équipe médicale et/ou pharmaceutique utilise le dossier pharmaceutique (DP)/dossier médical partagé (DMP) pour les patients de votre unité de soins.				
	I. Traitement du patient	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
I.01	Quand un patient est transféré d'une autre unité de soins ou d'un autre établissement sanitaire ou médico-social, son traitement médicamenteux en cours est connu dès son arrivée dans votre unité de soins (ou avant son arrivée).				
I.02	Lors de l'admission du patient, le médecin prend connaissance de son traitement et décide quel médicament est conservé, substitué ou arrêté.				
I.03	Les modalités de gestion du traitement personnel du patient sont tracées dans son dossier.				
I.04	Après information du patient, à l'exception des médicaments autogérés sur prescription médicale, ses médicaments personnels sont isolés dès l'admission et stockés dans un emplacement dédié du poste de soins de l'unité. Ce retrait fait l'objet d'une traçabilité.				
I.05	L'historique médicamenteux (incluant une éventuelle automédication) est réalisé systématiquement avec le patient et/ou sa famille/entourage lors de son entrée.				
I.06	Les éventuelles modifications du traitement habituel (arrêt, ajout, substitution ou adaptation) sont expliquées au patient et/ou à son entourage et un document lui est remis. Exemple : explication du volet médicamenteux de la lettre de liaison.				
I.07	Les médicaments personnels ne sont rendus au patient ou à sa famille/entourage lors de sa sortie que si la prescription de sortie mentionne ces mêmes médicaments. Cette disposition est expliquée au patient lors de son admission.				
I.08	Les médicaments personnels non rendus au patient ou à sa famille/entourage (hors stupéfiants) sont éliminés selon le même circuit que les médicaments périmés.				
	J. Préparation de la sortie du patient	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
J.01	Les modifications du traitement habituel du patient sont communiquées à son médecin traitant.				
J.02	Le cas échéant selon la pathologie, les patients ont la possibilité de s'inscrire dans un programme d'éducation thérapeutique.				
J.03	Des fiches ou livrets d'information notamment pour les médicaments à risque (anticoagulants, immunosuppresseurs, chimiothérapies orales …) sont présentés et remis au patient ou à sa famille/entourage avant sa sortie.				
J.04	Durant son séjour et à sa sortie, le patient et/ou sa famille/entourage reçoivent, de l'équipe soignante ou de la pharmacie, des informations relatives au traitement médicamenteux.				
J.05	En cas de transfert du patient vers une autre unité de soins, un autre établissement ou lors de son retour à domicile, une fiche de liaison est utilisée afin d'assurer la continuité des soins (informations relatives au traitement médicamenteux ...)				
J.06	Pour certains patients et certains traitements, la continuité des soins est anticipée et organisée entre l'hôpital et la ville ou l'établissement médico-social.				

J.07	Les modalités de dispensation (rétrocession, disponibilité en ville) des traitements de sortie sont anticipées, expliquées au patient et organisées par l'unité de soins.				

Prescription et dispensation

	K. Prescription	Oui	Non	NC	Commentaires
K.01	Les prescriptions médicamenteuses des patients sont saisies informatiquement et en intégralité par le prescripteur.				
K.02	Les prescripteurs sont formés aux différents modes de prescription existants dans le logiciel d'aide à la prescription.				
K.03	Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées dans le livret thérapeutique.				
K.04	Les informations du livret thérapeutique sont directement accessibles au moment de la prescription.				
K.05	En cas de prescription informatisée, le logiciel de prescription permet une identification des médicaments à risque (couleur spécifique, logo, message d'alerte…)				
K.06	Les médicaments du traitement habituel du patient dont le maintien a été validé par le médecin figurent sur la prescription hospitalière.				
K.07	Les prescriptions médicamenteuses de l'unité de soins comportent l'identification du prescripteur : nom, prénom et spécialité médicale, n°RPPS, service, téléphone, signature.				
K.08	Les prescriptions médicamenteuses de l'unité de soins comportent l'identification complète du patient (nom, prénom, sexe, date de naissance, poids…) et la date de prescription				
K.09	Les prescriptions médicamenteuses de l'unité de soins comportent pour chaque médicament prescrit : nom en DCI, forme galénique, dosage, posologie, voie d'administration, durée du traitement.				
K.10	Les prescripteurs sont informés des substitutions/équivalences thérapeutiques proposées par la PUI.				
K.11	Les prescripteurs réévaluent leur prescription en cas de substitutions/équivalences thérapeutiques.				
K.12	Les IDE sont informé(e)s des substitutions/équivalences thérapeutiques proposées par la PUI.				
K.13	Les prescripteurs et les pharmaciens sont informés en cas de non administration de médicaments.				
K.14	Les prescriptions de médicaments injectables intègrent les éléments suivants : modalités de dilution (solvant et volume), voie, durée et débit d'administration.				
K.15	La prescription prend en compte la stabilité (durée, abri de la lumière, modalités de conservation …) et, si elles existent, les incompatibilités physico-chimiques entre les médicaments perfusés.				
K.16	En cas de prescription d'antibiotique (initiation, poursuite, modification ou adaptation posologique), la justification (indication, évolution clinique, résultats biologiques, microbiologiques …) est systématiquement tracée dans le dossier patient.				
K.17	Les prescriptions d'antibiotiques (hors antibioprophylaxie) sont ré-évaluées entre 48 et 72h. Cette ré-évaluation est tracée dans le dossier du patient.				
K.18	Les prescripteurs bénéficient de formations continues à l'utilisation des antibiotiques.				
K.19	Les protocoles anticipés (protocoles rédigés de façon pluri-professionnelle, accessibles à l'ensemble des professionnels de l'unité de soins et renvoyant à des arbres décisionnels validés) sont appliqués.				
K.20	La mise en œuvre et les conditions de déclenchement des protocoles anticipés ainsi que l'administration effective du/des médicament(s) sont tracées dans le dossier de soins infirmiers.				

K.21	Les prescriptions conditionnelles (si besoin) de médicaments renvoient à des arbres décisionnels et à des protocoles d'administration (nombre maximal/24h …) validés.				
K.22	Les prescriptions de médicaments identifiés à risque pour l'unité de soins intègrent des modalités de surveillance spécifiques (Exemples : insuline/surveillance glycémique, morphine/surveillance risque de constipation et douleurs …)				
K.23	Les prescriptions orales dans certaines situations d'urgence sont régularisées le plus tôt possible conformément à la procédure dédiée.				
K.24	Les IDE peuvent être amené(e)s à recopier les prescriptions.				
K.25	Dans votre unité de soins, une liste de médicaments justifiant une prescription séniorisée a été définie.				
	L. Pharmacie Clinique	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
L.01	Les prescriptions médicamenteuses des patients de votre unité de soins sont analysées et validées en intégralité par un pharmacien à un rythme adapté au type de séjour.				
L.02	Dans l'attente d'une informatisation permettant l'accès du pharmacien aux informations nécessaires à l'analyse pharmaceutique des prescriptions, l'établissement organise la validation pharmaceutique des médicaments définis comme étant les plus à risque.				
L.03	Votre unité de soins reçoit régulièrement (selon un rythme journalier ou hebdomadaire) des interventions et/ou avis pharmaceutiques proposant des adaptations de prescription.				
L.04	Les interventions et/ou avis pharmaceutiques sont connus des prescripteurs et pris en compte.				
L.05	Lorsque l'analyse et la validation pharmaceutique ne sont pas réalisables en temps réel (urgences, réanimation…) les pharmaciens participent à la rédaction initiale et la mise à jour des protocoles de prescription et d'administration en vigueur dans l'unité de soins.				
L.06	Un bilan régulier des interventions et/ou avis pharmaceutiques est transmis aux prescripteurs, afin d'harmoniser les interventions/avis pharmaceutiques et d'optimiser les pratiques de prescriptions.				
L.07	Les équipes pharmaceutique, médicale et soignante définissent ensemble les critères de priorisation des patients devant bénéficier d'activités de pharmacie clinique (conciliation, bilan de médication, plan pharmaceutique personnalisé).				
	M. Délivrance / dispensation	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
M.01	Le traitement du patient est préparé et délivré nominativement par la pharmacie.				
M.02	Le rythme de la délivrance est adapté aux modifications de traitement durant le séjour du patient.				
M.03	Lorsque le traitement n'est pas délivré en totalité par la pharmacie sous forme nominative, la liste des médicaments à compléter par l'unité de soins ("si besoin", multidoses, médicaments à conserver au froid...) est définie en concertation entre les deux parties.				
M.04	Les médicaments délivrés nominativement arrivent dans des contenants (bacs, tiroirs, casiers, sachets...) adaptés au mode de rangement dans votre unité de soins.				
M.05	Votre unité reglobalise certains médicaments délivrés nominativement par la pharmacie.				
M.06	Le livret thérapeutique comprend des formes galéniques adaptées aux populations particulières (pédiatrie, gériatrie…).				
M.07	Les modalités de transport des médicaments (acteurs, responsabilités, moyens) entre la PUI et les unités de soins sont organisées.				

Préparation et administration

	N. Préparation	Oui	Non	NC	Commentaires
N.01	La préparation des médicaments dans l'unité de soins est réalisée dans des conditions adaptées selon la procédure précisant les bonnes pratiques à respecter (zone identifiée et au calme, hygiène, fractionnement de doses, circuit d'élimination …).				
N.02	Une consigne ou une règle écrite prévoit qu'on ne peut pas déranger l'IDE lorsqu'il (elle) prépare des médicaments.				
N.03	Dans votre unité de soins, la préparation et l'administration des médicaments est faite au vu de la prescription originale, et non d'une retranscription de cette prescription.				
N.04	Votre unité de soins dispose de broyeurs pour les médicaments avec sachets à usage unique				
N.05	La préparation des tiroirs ou piluliers se fait patient par patient et non pas médicament par médicament.				
N.06	Le tiroir ou pilulier utilisé pour apporter les doses à administrer jusqu'à la chambre est identifié aux nom, prénom, date de naissance et IPP du patient (étiquette administrative), associé ou non d'éléments complémentaires éventuels (photo, code à barres…).				
N.07	Les dimensions du tiroir ou pilulier sont adaptées au volume de l'ensemble des médicaments (pas de déconditionnement, pas de sachet plié, pas de case qui déborde…).				
N.08	La répartition des médicaments par moment de prise (matin, midi, soir, nuit...) dans les piluliers est respectée.				
N.09	A l'intérieur du tiroir ou pilulier, tous les médicaments sont identifiables par leur nom, leur DCI, leur dosage, leur numéro de lot, leur date de péremption.				
N.10	Une procédure définit les modalités d'utilisation pour plusieurs patients des médicaments multidoses, dans des situations strictement définies.				
N.11	Des supports validés d'aide au calcul des doses individuelles des médicaments (gouttes buvables...) les plus couramment prescrits dans l'unité de soins, sont disponibles Exemples : conversion mg en nombre de gouttes, conversion de mg en mL lors de l'utilisation d'une pipette dosseuse ...				
N.12	En complément de la prescription, des supports validés d'aide à la préparation des injectables (solvant utilisables, stabilité, délais de conservation après reconstitution et/ou dilution…) sont disponibles.				
N.13	Les préparations pour administration injectable (poches, seringues, PSE…) sont étiquetées. L'étiquetage mentionne : nom de naissance, prénom, date de naissance, sexe et IPP du patient (étiquette administrative), la DCI, le dosage (exprimé en concentration et en quantité), le solvant de dilution, la date et l'heure de préparation, la voie d'administration, le débit et le nom du professionnel qui a préparé.				
N.14	Des actions de sensibilisations au positionnement des étiquettes sur les dispositifs d'administration afin de ne pas en masquer les graduations sont menées dans l'unité.				
N.15	Dans les situations identifiées comme le nécessitant (situation à risque/patient/médicament), une double vérification, de la préparation du médicament, par un professionnel différent de celui qui l'a préparé est mise en œuvre.				

	O. Administration	Oui	Non	NC	Commentaires
O.01	Dans votre unité, les IDE ont accès à l'ensemble des informations sur la prise en charge thérapeutique du patient.				
O.02	La préparation des médicaments injectables dans l'unité de soins est réalisée au plus près de la date et horaire d'administration.				
O.03	Si la personne qui administre n'est pas celle qui a préparé, un contrôle est systématiquement organisé : conformité à la prescription, aspect, intégrité, contrôle visuel de la préparation et de l'étiquetage le cas échéant.				
O.04	Avant toute administration sont systématiquement vérifiées : 1) L'identité du patient : - Pour identifier un patient communicant, il lui est demandé de décliner son identité (nom de naissance, prénom, date de naissance et sexe) - Pour identifier un patient non communicant, le bracelet d'identification ou un autre mode défini par l'unité de soins/hôpital est utilisé 2) La concordance entre l'identité du patient et la prescription.				
O.05	Avant toute administration, la concordance entre l'identité du patient, la prescription et le médicament préparé est systématiquement vérifiée.				
O.06	Avant l'administration, les allergies médicamenteuses du patient sont connues. Au moment de l'administration, les patients communiquants sont systématiquement ré-interrogés sur leurs allergies médicamenteuse.				
O.07	Les médicaments dont l'administration nécessite une double vérification sont décrits dans une procédure et connus des IDE et des professionnels de santé.				
O.08	Les médicaments sont systématiquement identifiables au moment de l'administration : DCI ou nom de spécialité, dosage, n° de lot et date de péremption.				
O.09	L'administration de tous les médicaments est enregistrée sur un unique document de prescription/administration.				
O.10	Le support d'enregistrement de l'administration se trouve sur le chariot de soins des IDE.				
O.11	La traçabilité de la non administration est réalisée au plus près de l'acte.				
O.12	Les motifs de l'administration des médicaments en prescription conditionnelle sont indiqués sur le support de prescription ou dans le dossier du patient.				
O.13	Les motifs de l'éventuelle non administration des médicaments sont indiqués sur le support de prescription ou dans le dossier du patient.				
O.14	Au plus près de l'administration sont tracés, pour chaque médicament : identité et fonction du soignant, médicament (DCI, dosage, forme galénique), date et horaire d'administration.				
O.15	La date d'ouverture des médicaments multidoses est toujours inscrite sur le conditionnement.				
O.16	Dans le cas où le patient est autonome pour la gestion de ces traitements, le principe du pilulier (moments de prise) lui est expliqué et sa compréhension est vérifiée.				
O.17	Dans le cas où le patient est autonome pour la prise de ces traitements, les consignes particulières de prises (avant, pendant, après le repas…) lui sont rappelées par les prescripteurs et/ou IDE et/ou pharmacien.				
O.18	Les informations, en lien avec les médicaments, données au patient sont tracées dans le dossier de soins.				
O.19	Lors de la perfusion de médicaments le contrôle du débit à la pose et au cours de l'administration est réalisé.				
O.20	La composition des lignes de perfusion fait l'objet d'un travail commun / réflexion entre le pharmacien et l'unité de soins sur le nombre de rampes et de robinets, le type de valves, l'opacité du perfuseur et de la tubulure, le volume mort.				
O.21	L'administration/aide à la prise des médicaments est réalisée par des professionnels habilités				

O.22	La surveillance du patient (voie d'abord, débit et durée de perfusion, paramètres biologiques, évolution clinique, effets indésirables) et l'adhésion au traitement sont tracés dans le dossier du patient.				

IV. Sécurisation du stockage

Approvisionnement

	P. Achat	Oui	Non	NC	Commentaires
P.01	Non concerné				
	Q. Commande	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
Q.01	Non concerné				
	R. Réception	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
R.01	Non concerné				

Stockage et gestion de stock

	S. Stockage	Oui	Non	NC	Commentaires
S.01	Les locaux de stockage sont adaptés : éclairage, température, flux, zone de stockage dédiée (exemples : coffre à stupéfiants, réfrigérateur, congélateur), volume … Ils disposent notamment d'un mode de fermeture sécurisé (clés, digicode, empreinte biométrique…).				
S.02	En dehors des périodes d'utilisation, les accès au stockage des médicaments peuvent rester ouverts.				
S.03	Les modalités de sécurisation des locaux et dispositifs de stockage des médicaments sont définies dans une procédure. Exemples : transmission de la clé, paramétrage des accès .				
S.04	Une procédure décrit les principes d'approvisionnement et de rangement des médicaments dans l'unité, en concertation avec la PUI.				
S.05	Dans votre unité de soins, le principe de rangement favorise le classement par DCI.				
S.06	Dans les dispositifs de stockage des médicaments de votre unité (armoire à pharmacie, piluliers par exemple), les médicaments à risque sont identifiés spécifiquement (apposition de code couleur, identification visuelle ...)				
S.07	Le principe de rangement dans votre unité de soins permet d'éloigner physiquement les médicaments à risque de confusion (dosages différents, voie d'administration différentes, homonymie, solutés hypertoniques, unidoses…).				
S.08	Plusieurs dosages du même médicament sont parfois mélangés dans la même case de l'armoire de votre unité de soins.				
S.09	Dans votre unité de soins, le réfrigérateur dédié aux médicaments peut contenir des produits non médicamenteux.				
S.10	Le contrôle de la température du réfrigérateur de votre unité de soins est effectué au moins une fois par jour et tracé.				
S.11	En cas de panne des équipements de stockage basse température une procédure définit la conduite à tenir et précise le lieu de stockage alternatif à utiliser.				
S.12	L'armoire de stockage des médicaments n'est accessible qu'aux professionnels autorisés.				
S.13	Le stock de médicaments de votre unité de soins a fait l'objet d'une dotation qualitative et quantitative, validée par un médecin, le cadre et le pharmacien.				
S.14	Cette dotation est révisée au moins une fois par an, entre médecin, cadre et pharmacien.				
S.15	La liste de dotation actualisée est affichée sur l'armoire ou disponible dans le local de stockage.				

S.16	Votre unité de soins reçoit de la PUI autant que nécessaire des informations sur les évolutions des médicaments de la dotation (référence, forme galénique, conditionnement, changement de marché…).				
S.17	Une procédure décrit les modalités de contrôle des zones de stockage des médicaments (péremption, relevés de température, intégrité des conditionnements…).				
S.18	Une procédure décrit les modalités de gestion des médicaments non utilisés (non administrés, coûteux, périmés, à détruire…).				
S.19	Le contrôle des péremptions est effectué au moins une fois par trimestre.				
S.20	Les erreurs identifiées lors des inventaires (erreurs d'emplacement, mélange de dosage, mélange avec les traitements personnels des patients…) sont systématiquement prises en compte, et des actions correctrices mises en place.				
S.21	La composition du chariot d'urgence est définie et accessible.				
S.22	La composition et la non péremption des produits contenus dans le chariot d'urgence sont vérifiées selon une procédure prédéfinie et tracées.				
	T. Gestion de stock	**Oui**	**Non**	**NC**	**Commentaires**
T.01	Si votre unité de soins dispose d'armoires informatisées, elles sont interfacées avec le logiciel de gestion de la PUI.				
T.02	Si votre unité de soins dispose d'armoires informatisées, elles sont interfacées avec le logiciel d'aide à la prescription.				
T.03	Votre unité effectue des emprunts et/ou des prêts de médicaments avec une autre unité de soins.				
T.04	Votre unité dispose d'une organisation (plein-vide, armoires informatisées, armoires mobiles…) optimisant les modalités de réapprovisionnement.				
T.05	Des personnes non habilitées passent des commandes de médicaments.				
T.06	Les personnes chargées de la commande respectent le planning défini avec la PUI.				
T.07	La commande est basée sur le niveau effectif des stocks de médicaments dans l'unité et prend en compte les prescriptions spécifiques (hors stock).				
T.08	Cette commande est effectuée à partir d'un document formalisé avec la PUI.				
T.09	Votre unité est appelée par la PUI si la quantité commandée de certains médicaments paraît anormale (excessive ou très faible).				
T.10	Si un médicament n'est pas délivré à votre unité, la PUI en donne systématiquement la raison.				
T.11	En cas de non délivrance en raison d'une rupture de stock, la PUI donne des conseils de substitution/équivalence thérapeutique à valider par le médecin.				
T.12	Les médicaments sont délivrés dans un contenant régulièrement entretenu, hermétiquement fermé et sécurisé.				
T.13	Dans votre unité de soins, la réception des médicaments (dont les solutés) fait l'objet d'un contrôle qualitatif et quantitatif par l'IDE.				
T.14	La date et l'heure de réception des médicaments (dont les solutés) dans l'unité de soins sont tracées et la personne qui les reçoit signe un accusé de réception.				
T.15	Des aides-soignant(e)s ou des ASH rangent seul(e)s les médicaments (dont les solutés).				
T.16	Il existe une procédure sur la conduite à tenir en cas de réception d'un médicament thermolabile ou stupéfiant.				
T.17	Dans votre unité de soins, des filières d'élimination dédiées aux déchets issus des activités de soins (médicaments non utilisés, papiers, plastiques) sont fonctionnelles.				