

# Communication COVID-19



**DESTINATAIRES : À tous les chefs de programme de soins à domicile, tout le personnel infirmier de soins palliatifs à domicile et pharmaciens du CISSS de Chaudière-Appalaches**

**DATE : Le 21 avril 2020**

**OBJET : Déploiement des nouvelles trousse de dépannage en soins palliatifs et procédure associée**

Des travaux ont eu lieu au cours des derniers mois afin d'uniformiser et de majorer le contenu des trousse de dépannage en soins palliatifs à domicile dans le but de mieux répondre à vos besoins et à ceux de votre clientèle. De plus, afin d'en assurer une gestion optimale, une procédure régionale a été établie et adoptée dans les derniers jours en priorité.

En effet, le contexte de la pandémie de la COVID-19 rend plus impératif le besoin de disposer de plus de médicaments auprès des usagers en soins palliatifs, alors que les pharmacies communautaires ont dû restreindre leurs heures de service et que l'approvisionnement peut être difficile.

Nous joignons la procédure et demandons au personnel concerné d'en prendre connaissance et de s'assurer d'une bonne compréhension des procédures et registres à utiliser. En effet, compte tenu de la présence de plusieurs narcotiques et substances ciblées, il importe que l'utilisation soit bien documentée en respect des lois en vigueur. De plus, nous vous rappelons qu'il est important d'appliquer la double vérification indépendante (DVI) pour les médicaments haut risque, notamment les narcotiques à haute concentration ayant été ajoutés. Par ailleurs, une feuille d'ordonnance préimprimée pour la prise des ordonnances verbales a été développée (n° de commande : 12988215). Les ordonnances de narcotiques doivent être transmises par télécopieur au médecin prescripteur et conservées à votre dossier.

La présente procédure remplace les procédures suivantes :

Alphonse-Desjardins : PR-13-05 Gestion des trousse de médicaments disponibles dans l'établissement  
Thetford Mines : Procédure pour la circulation des trousse de soins palliatifs au CLSC

Les trousse seront déployées de façon progressive dans les prochains jours selon l'utilisation ou au plus tard le 1<sup>er</sup> mai dans chacun des secteurs. Des détails pourront vous être fournis par les adjoints de chaque installations.

Merci de votre habituelle collaboration.

« Signature autorisée »

Dominique Rousseau

Chef adjointe – volet soins pharmaceutiques

Département régional de pharmacie

Contenu et diffusion approuvés par : Marco Bélanger

# PROCÉDURE

NUMÉRO : PRO\_DSP\_2020-275

## Utilisation de la trousse de dépannage en soins palliatifs à domicile

<b>Préparé par :</b> <i>Département régional de pharmacie</i>	<b>Référence :</b>
<b>Approuvée par :</b> <i>Comité de Direction</i>	<b>En vigueur le :</b> <i>16 avril 2020</i> <b>Révisée le :</b> <i>N/A</i>

### 1. Préambule

Des soins à domicile, y compris des soins palliatifs sont offerts sur tout le territoire du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le contexte de soins de fin de vie fait en sorte que la médication doit être disponible pour répondre aux situations urgentes sachant que les symptômes doivent être contrôlés rapidement.

Un symptôme grave ou une détresse importante ne devraient pas conduire automatiquement un usager en soins palliatifs à l'urgence d'un centre hospitalier. L'anticipation et la planification d'ordonnances pour l'administration à domicile d'une médication appropriée permettent d'éviter bon nombre de visites inutiles à l'urgence, lourdes en termes de stress, d'épuisement, d'attente et de coûts pour un usager et ses proches déjà à bout de souffle. Le respect du désir de l'usager de mourir dans son environnement, entouré des siens, est également rendu possible par une organisation adéquate des soins de fin de vie à domicile.

L'étendue du territoire en Chaudière Appalaches ainsi que les heures d'ouverture des pharmacies communautaires différentes d'une municipalité à l'autre peuvent occasionner des délais dans l'administration de la médication qui nécessite des ajustements plus fréquents en fin de vie. La trousse de dépannage en soins palliatifs s'avère donc un moyen efficace pour rendre la médication accessible en tout temps.

### 2. Objectifs

- Rendre disponible rapidement, pour le personnel infirmier au chevet de la clientèle en fin de vie, les médicaments de dépannage ;
- Définir les responsabilités du personnel infirmier et du personnel de la pharmacie en regard de l'application de la présente procédure ;
- Assurer un entreposage et une utilisation sécuritaires des troussees en respect des contrôles requis pour les stupéfiants et drogues contrôlées ;
- Décrire les modalités d'utilisation des troussees.

### **3. Personnes concernées**

- Personnel du département régional de pharmacie
- Personnel infirmier œuvrant en soins à domicile (SAD)

### **4. Responsabilités**

#### **4.1. Département régional de pharmacie**

- Élabore la présente procédure, s'assure de son application et voit à sa mise à jour
- Assure la gestion sécuritaire des trousseaux incluant les stupéfiants et drogues contrôlées
- Assure la formation du personnel placé sous sa responsabilité

#### **4.2. Direction des soins infirmiers-volet pratiques professionnelles et développement clinique**

- Collabore avec le département régional de pharmacie dans l'élaboration et la mise à jour de la présente procédure
- Assure la formation du personnel infirmier, si requis et soutient la direction clinique dans l'application de la présente procédure

#### **4.3. Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées**

- S'assure du respect et de l'application de la présente procédure du personnel infirmier en soins à domicile

#### **4.4. Personnel du département de la pharmacie**

- Assure le remplissage des trousseaux de dépannage en temps opportun
- Applique la présente procédure

#### **4.5. Personnel infirmier des soins à domicile**

- S'assure de la conservation sécuritaire et du maintien de l'intégrité des trousseaux selon les normes en vigueur
- Applique la présente procédure

### **5. Processus**

#### **5.1. Contenu des trousseaux**

Voir ANNEXE 1

## 5.2. Remplissage des trousse

- L'assistant-technique en pharmacie (ATP) complète la trousse de médicaments en conformité avec la liste établie, les quotas et les localisations prévues dans la trousse en utilisant des médicaments dont la date d'expiration est la plus éloignée possible.
- En plus d'étiqueter les opiacés selon la procédure en vigueur portant sur la médication à haut risque, l'ATP appose une étiquette spécifique sur le contenant ou la boîte d'opiacés à haute concentration avant de les déposer dans la trousse. De plus, afin d'éviter le risque d'erreur les opiacés à haute concentration doivent être distancés le plus possible des formulations régulières.
- La trousse complétée est vérifiée par une deuxième personne.
- Le pharmacien en service doit valider les sorties de stupéfiants et drogues contrôlées en conformité de la procédure spécifique s'y rapportant. La feuille de décompte signée par le pharmacien est conservée au département de pharmacie.
- L'ATP insère une feuille de Rapport d'utilisation des trousse (ANNEXE 2) à l'intérieur des trousse en prenant soins d'inscrire le numéro du sceau de fermeture pharmacie (rouge) et le numéro de sceau de fermeture SAD (blanc). À noter que les couleurs pourraient éventuellement changer selon les capacités d'approvisionnement.
- L'ATP inscrit la date d'expiration du médicament la plus rapprochée (coin inférieur droit de la trousse)
- L'ATP insère à l'intérieur de la trousse un sceau numéroté de fermeture SAD (blanc) et scelle la trousse avec un sceau de sécurité de fermeture numéroté (rouge).
- L'ATP joint le registre de vérification de la trousse (ANNEXE 3) à l'extérieur de celle-ci.
- Le département de pharmacie complète et envoie les trousse dès que possible aux points de services concernés en utilisant le transport régulier, le cas échéant.

## 5.3. Vérification de l'intégrité des trousse et des dates de péremption par le personnel infirmier

Le personnel infirmier doit s'assurer, une fois par semaine, de l'intégrité du sceau numéroté apposé sur la trousse. Il doit aussi vérifier la date de péremption inscrite sur la trousse. Le Registre de vérification des trousse (ANNEXE 3) doit être rempli au même moment.

## 5.4. Utilisation de la trousse

- Tout prélèvement de médicaments contenus dans la trousse doit être justifié d'une ordonnance médicale. Le numéro de dossier ou de RAMQ et le nom de l'utilisateur doivent être inscrits sur la feuille d'ordonnance.

- L'infirmière est responsable de faire parvenir l'ordonnance d'opiacé au médecin par télécopieur pour contresignature dans les 7 jours suivant. Elle précise sur l'ordonnance à quel site du département de pharmacie le médecin devra retourner l'ordonnance signée.
- Le rapport d'utilisation (ANNEXE 2) qui se trouve à l'intérieur de la trousse doit être complété lors du prélèvement de tout médicament.
- Lors de l'emploi d'une benzodiazépine ou d'un opioïde contenu dans la trousse, il est impératif de remplir la section spécifique à cet effet.
- Lors du retour au port d'attache, l'infirmière appose le sceau de fermeture SAD (blanc).

## 5.5. Approvisionnement de la trousse

Lorsqu'un médicament est utilisé, que le sceau numéroté de la trousse est brisé ou que la date de péremption est échue, il incombe au personnel infirmier d'acheminer le plus tôt possible la demande d'envoi d'une nouvelle trousse (verso du registre de vérification de la trousse) ou d'en faire l'échange directement à la pharmacie. La trousse doit être accompagnée du registre de vérification et d'une copie de la feuille d'ordonnance. La copie permettra au département de pharmacie de remplacer la médication prise dans la trousse et de vérifier la concordance de ce qui a été prescrit et retiré.

Lors du retour de la trousse remplie, le personnel infirmier doit vérifier l'intégrité du sceau et la date de péremption, signer le Registre de vérification des trousseuses et la déposer à l'endroit dédié.

Le personnel infirmier doit remettre au département de pharmacie la trousse utilisée au moment de la réception de la nouvelle (même journée).

## 5.6 Gestion du retour de la trousse à la pharmacie

Lors du retour des trousseuses, l'assistant-technique en pharmacie doit valider la conformité des prises avec les ordonnances et compléter la section du rapport d'utilisation de la trousse à cet effet.

S'il y a une divergence dans le décompte du médicament (stupéfiant ou drogues contrôlées) et l'inscription des doses (données/jetées), la pharmacie en avise le chef de programme SAD, conserve une copie du formulaire et lui envoie l'original par courrier interne pour assurer le suivi de la divergence et documenter le tout. Une fois la divergence résolue, le chef de programme SAD retourne le rapport au département de pharmacie.

Le rapport d'utilisation des trousseuses doit être conservé selon la procédure des stupéfiants et drogues contrôlées en vigueur.

Le registre de vérification peut être jeté s'il n'y a aucune divergence relevée.

**Un résumé des étapes de gestion des trousseuses de dépannage est disponible à l'ANNEXE 4.**

**ANNEXE 1 -  
Contenu de la trousse de soins palliatifs**

Ativan 1 mg comprimé	5 comprimés
Decadron 4 mg/mL	2 fioles de 5 mL
Dilaudid 2 mg/mL	10 ampoules de 1 mL
Dilaudid HP 10 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Gravol 50 mg comprimé	5 comprimés
Gravol 25 mg supp.	5 suppositoires
Gravol 50 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Haldol 5 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Haldol 0,5 mg comprimé	5 comprimés
Lasix 10 mg/mL	5 ampoules de 2 mL
Lidocaïne 2 % gel	1 seringue urétrale
Morphine 10 mg/mL	10 ampoules de 1 mL
Morphine HP 50 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Narcan 0,4 mg/mL	2 ampoules de 1 mL
Nozinan 25 mg/mL	5 ampoules de 1 mL
Robinul 0,2 mg/mL	5 ampoules de 2 mL
Scopolamine 0,4 mg/mL	10 ampoules de 1 mL
Tylenol 650 mg supp.	5 suppositoires
Tylenol 325 mg comprimé	10 comprimés
Versed 5 mg/mL	10 ampoules de 1 mL (ou 2 mL)

A noter que dépendamment du fabricant de médicaments et des ruptures, les formats (ampoules ou fioles) ou les volumes peuvent varier, mais les concentrations demeurent les mêmes.

**ANNEXE 2**  
**RAPPORT D'UTILISATION DES TROUSSES**

Section réservée au département de pharmacie lors de la vérification de la trousse		
Trousse #	Trousse préparée par :	#Sceau fermeture <i>pharmacie</i> :
Date :	Trousse vérifiée par :	#Sceau fermeture <i>SAD</i> :
Section réservée personnel soignant lors de l'emploi de la trousse		
Date utilisation de la trousse :		CLSC :
Infirmière ou médecin :		
L'infirmière ou le médecin qui utilise une trousse doit :		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encercler le(s) médicament(s) non contrôlés utilisés dans le tableau ci-dessous</li> <li>2. Inscrire les doses administrées/jetées des stupéfiants et des médicaments contrôlés et apposer votre signature</li> <li>3. Vérifier et indiquer le décompte final dans la case RETOUR pour les médicaments contrôlés</li> <li>4. Insérer le présent rapport d'utilisation et les ordonnances dans la trousse</li> <li>5. Refermer la trousse avec le sceau de sécurité blanc</li> </ol>		
Nom et # dossier de l'utilisateur ou RAMQ ayant requis l'ouverture de la trousse :		
DEXAMÉTHASONE <b>Décadron 4 mg/mL</b> 2 fioles (5 mL)	DIMENHYDRINATE <b>Gravol 50 mg co.</b> 5 comprimés	DIMENHYDRINATE <b>Gravol 25 mg supp.</b> 5 suppositoires
DIMENHYDRINATE <b>Gravol 50 mg/mL</b> 5 ampoules (1 mL)	HALOPÉRIDOL <b>Haldol 0.5 mg co.</b> 5 comprimés	HALOPÉRIDOL <b>Haldol 5 mg/mL</b> 5 fioles ou ampoules (1 mL)
FUROSEMIDE <b>Lasix 10 mg/mL</b> 5 ampoules (2 mL)	LIDOCAINE <b>Xylocaïne 2% gel</b> 1 seringue urétrale	NALOXONE <b>Narcan 0.4 mg/mL</b> 2 ampoules (1 mL)
MÉTHOTRIMÉPRAZINE <b>Nozinan 25 mg/mL</b> 5 ampoules (1 mL)	GLYCOPYRROLATE <b>Robinul 0.2 mg/mL</b> 10 fioles (2 mL)	SCOPOLAMINE <b>Scopolamine 0.4 mg/mL</b> 10 fioles (1 mL)
ACÉTAMINOPHÈNE <b>Tylenol 325 mg co.</b> 10 comprimés	ACÉTAMINOPHÈNE <b>Tylenol 650 mg supp.</b> 5 suppositoires	

**INSCRIPTIONS DES DOSES DE STUPÉFIANTS, DROGUES CONTRÔLÉES ET SUBSTANCES CIBLÉES**

LORAZÉPAM Ativan 1 mg				Format	Reçu	Retour
				Comp.	5	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin

HYDROMORPHONE Dilaudid 2 mg/mL				Format	Reçu	Retour
				1 mL	10	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin

MORPHINE Morphine 10 mg/mL				Format	Reçu	Retour
				1 mL	10	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin

MIDAZOLAM Versed 5 mg/mL				Format	Reçu	Retour
				1 mL(ou 2mL)	10	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin



HYDROMORPHONE <u>HP</u> <u>Dilaudid HP 10 mg/mL</u>				Format	Reçu	Retour
				1mL	5	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin

MORPHINE <u>HP</u> <u>Morphine HP 50 mg/mL</u>				Format	Reçu	Retour
				1mL	5	
Heure	#Dossier ou RAMQ	Nom de l'utilisateur	Dose <u>donnée</u>	Dose <u>jetée</u>	Infirmière	Médecin

Section réservée au personnel de la pharmacie lors du retour des trousseaux		
Trousse utilisée reçue le :	Conforme	Vérifié par :
	Non conforme	Chef SAD avisé :

ANNEXE 3  
REGISTRE DE VÉRIFICATION HEBDOMADAIRE DES TROUSSES

Secteur \_\_\_\_\_

Trousse # \_\_\_\_\_ Sceau fermeture pharmacie # \_\_\_\_\_ Sceau fermeture SAD # \_\_\_\_\_

Date	Sceau de sécurité en place (dans la négative, faxer demande de remplacement à la pharmacie)	Date d'expiration atteinte (dans l'affirmative, faxer demande de remplacement à la pharmacie)	Initiales de la personne qui a vérifié la trousse
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## Demande d'envoi d'une nouvelle trousse

Bonjour,

Nous avons utilisé une trousse ou la date de péremption de la trousse est atteinte

Secteur _____	
Trousse # _____	Sceau # : _____
Personne responsable : _____	
Téléphone pour la rejoindre : _____	

Acheminer cette feuille (faxer ou numériser) au département de pharmacie  
de votre secteur

*Veillez attendre*

**\*\*LA RÉCEPTION DE LA NOUVELLE TROUSSE  
AVANT DE RETOURNER LA VÔTRE OU ENVOI LE JOUR MÊME\*\***

(Valise barrée de transport des médicaments)

ANNEXE 4  
Résumé - Procédure de gestion des trousse s

