

Cas CIRRNET (ID38221)

« Erreurs de réglage des pousse-seringues et des pompes à perfusion »

Cas similaires de la banque de données CIRRNET :

« Le perfuseur d'héparine a fonctionné pendant 24 heures avec la mauvaise dose. Un perfuseur a été préparé avec 10000 U d'héparine et la base de données médicale héparine 25000 U a été sélectionnée sur le perfuseur ! L'erreur n'a été remarquée que parce que le facteur anti Xa n'augmentait pas en laboratoire malgré l'augmentation de l'héparine. »

« Lors du contrôle d'entrée en service en fin de journée, j'ai vu que la perfusion de 500 ml de Ringerfundin + 40 mml de chlorure de potassium (central) était réglée sur un débit de 40 ml/h à l'infusomat. Or, la perfusion devait être administrée à raison de 21ml/h. La perfusion avait été administrée 2h auparavant, ce qui fait que la perfusion n'a été erronée "que" pendant 2h. Le débit d'alimentation maximal de 10ml/h n'a pas été dépassé. »

« Un patient devait recevoir 30'000 U de Liquemin / 24h (ainsi prescrit). Comme le patient devait ensuite être transféré en soins intensifs, la Liquemine a été dirigée dans le perfuseur au lieu de l'infusomat. Or, au perfuseur, on a réglé 30 ml/h au lieu de 3 ml/h, soit 10 fois la dose. (Avec l'infusomat, la dose aurait été correcte). L'erreur n'a été remarquée que lorsque la seringue était déjà presque vide. La perfusion a été immédiatement arrêtée et le médecin responsable informé. »

« Lors d'une opération abdominale, un perfuseur de lidocaïne a été utilisé pour l'analgésie. Lors du réglage du perfuseur, une puissance 10 fois plus élevée a été réglée (77 ml/h ont été administrés au lieu de 7,7 ml/h). Le patient a reçu 360 mg de lidocaïne en peu de temps. »

« Un patient sous perfusion de Liquemin doit passer une IRM. La perfusion est interrompue et une perfusion vide est ajoutée. Après le retour du patient dans le service, reprise de la liquemine. Par erreur, j'ai réglé 168 ml au lieu de 16,8 ml. N'a probablement pas appuyé assez fort sur la virgule du perfuseur (ancien modèle) lors du réglage. Le tout s'est produit pendant l'heure du dîner. Il y avait beaucoup de monde dans le service, ça sonnait souvent. Après environ 90 minutes, l'erreur a été constatée. Perfusion arrêtée instantanément et informé le médecin de service. »

« La perfusion avec divers additifs est déjà perfusée après 12h au lieu de 24h. Le débit de perfusion était réglé deux fois plus vite. Elle a été lancée en service du matin et a ensuite été terminée trop rapidement en service de nuit. »

« Le patient est entré avec un diabète dérégulé. Il devrait recevoir 8 U d'Humalog par heure i/v via un perfuseur. Au bout d'une heure, le perfuseur était déjà vide, c'est-à-dire qu'il a reçu 50 U en une heure. Je ne sais pas comment cela s'est produit, j'ai probablement réglé 80ml/h au lieu de 8ml/h. »