

Cas CIRRNET (ID59532)

« Erreur de préparation de médicaments à cause d'une distraction »

Cas similaires de la banque de données CIRRNET :

« Le patient est venu chercher sa médication du soir, entre autres des gouttes de Tramal. La dose prescrite est de 70 mg. Je calcule le nombre de gouttes à l'aide de l'inscription sur le flacon, le patient m'interrompt et me dit qu'il sait qu'il s'agit de 35 gouttes. Je me laisse distraire par cela et arrive effectivement à 35 gouttes lors de mon calcul. Après avoir donné la médication, j'ai quand même un doute et j'ai refais le calcul et constater que c'était effectivement faux et qu'il y a en fait 28 gouttes. »

« Le bolus de Liquemin 5000E a été prescrit dans le dossier médical numérique en même temps que la perfusion de Liquemin. La perfusion de Liquemin a été correctement préparée. En outre, le bolus a été préparé. Au lieu de 5000 U, j'ai préparé 25000 U. J'ai été distrait pendant la préparation. Dans la chambre, j'ai également été distraite par le bip continu du perfuseur et par d'autres activités qui devaient être effectuées immédiatement. Je n'étais pas assez concentré sur l'activité réelle qui consistait à administrer le bolus de Liquemin. J'ai administré 25 000 U au lieu de 5 000 U. Je me suis rendu compte de mon erreur peu après la fin de ma journée de travail. »

« Le matin, en préparant les médicaments, j'ai préparé 2 capsules d'Orfiril Long 300mg au lieu d'une, car elles étaient déjà prêtes le matin dans un gobelet bleu sur le tableau. Le gobelet portait l'inscription "2 comprimés". Des comprimés pour cette patiente. Et je les ai remis ensemble à la patiente. Mais la patiente s'en est aperçue d'elle-même et m'a fait remarquer qu'elle n'en avait qu'un à la fois le matin. Au moment où j'ai préparé les médicaments, il y avait beaucoup de monde, c'était un peu agité et je me suis probablement laissé distraire. La patiente n'a donc pas pris le comprimé préparé en trop. Désormais, je veillerai à préparer les médicaments dans le calme et à ne plus me laisser distraire. »

« J'ai utilisé un perfuseur dont la concentration d'eskétamine était erronée : au lieu de 10 mg/ml, j'ai perfusé 25 mg/ml pendant une période courte. Je m'en suis rendu compte au tour suivant, lorsque j'ai contrôlé les médicaments, et j'ai remonté le perfuseur et l'ai remplacé. Lors de l'installation des perfuseurs, j'ai été plusieurs fois distraite ou/et interrompue par le manque de ressources en personnel et diverses situations d'urgence. »

« En manipulant les perfuseurs et en discutant en même temps avec le patient, j'ai oublié de débrancher la perfusion - conséquence : presque toute la dose quotidienne de Novalgine perfusée en 30 ou 45 minutes. »