

CIRRNET-Fall (ID139062)

"Fehlervermeidung durch Awareness in Offizin-Apotheken"

Vergleichbare Fälle aus CIRRNET-Datenbank:

"Pflegefachfrau schrieb an den Hausarzt eine Mail mit der Bitte, ein neues Rezept der Apotheke zu senden. Die Apotheke meldete uns, dass die Dosis erhöht wurde. Da der Arzt telefonisch nicht erreichbar war, wurde die Apotheke um eine Kopie des Rezepts gebeten. An diesem Morgen wurde davon das erste Pflaster dem Kunden aufgeklebt. Da auf der Kopie der Apotheke noch eine weitere Änderung stand, schrieb ich dem Arzt und bat um Klärung. Dieser meldete sich noch am selben Tag, mit der Mitteilung, dass das Rezept nicht korrekt sei. Dies meldete er auch der Apotheke. Die Apotheke nahm mit uns Rücksprache auf und der Kunde wurde telefonisch aufgefordert das Pflaster zu entfernen."

"Wir erhielten vom Hausarzt eine aktualisierte Medikamentenliste für einen Kunden. Ein Medikament wurde von 20mg auf 10mg reduziert. Als ich dies bestellen wollte, machte mich die Apotheke darauf aufmerksam, dass laut ihren Unterlagen weiterhin 20mg verordnet sind. Die Apotheke hatte ca. vier Monate zuvor beim Hausarzt rückgefragt, ob das Medikament wirklich reduziert werden soll. Daraufhin teilte Hausarzt mit, dass dies ein Irrtum sei. Diese Information kam jedoch nie bis zu uns."

"Junger Patient, wurde Betäubungsmittel 5 Stck. à 2.5mg verordnet. Auf dem normalen Rezept war es korrekt, auf dem BTM jedoch in der höheren Dosierung 10 Stck. à 5mg verordnet. Ist in der Apotheke aufgefallen, da die niedrigere Dosierung auf dem normalen Rezept stand. Die Apotheke hat sich telefonisch am Folgetag gemeldet (hatte am Vortag im Notfalldienst die niedrigere Dosierung abgegeben)."

"Apotheke meldet sich telefonisch, um mitzuteilen, dass eine Patientin Medikamente mit Rezept beziehen will, das Rezept aber auf einen anderen Namen ausgestellt ist. Die MA der Apotheke fragt aktiv nach ob die richtige Patientin die verordneten Medikamente einnehmen darf und sie die Medikamente trotzdem abgeben soll."

"In der Apotheke wurde ein Rezept eingelöst (Schmerzmittel 1g 2-2-2-2). Patientin wurde informiert, dass dies einen Tippfehler war und dass sie nicht mehr als 1-1-1-1 nehmen darf."

"Nach Austritt eines Patienten einen Anruf von Apotheke erhalten, dass die Medikamente vom Austritt nicht mit denen vor Eintritt übereinstimmen. Nach nochmaliger Aktendurchsicht stellte sich heraus, dass das Pflegeheim bei Eintritt den Übergaberapport eines falschen Bewohners mitgegeben hat. Folglich wurden die falschen Medikamente verordnet."