

**Contrat de Bon Usage des Médicaments et Produits et Prestations
2014 - 2018**

ANNEXE 1

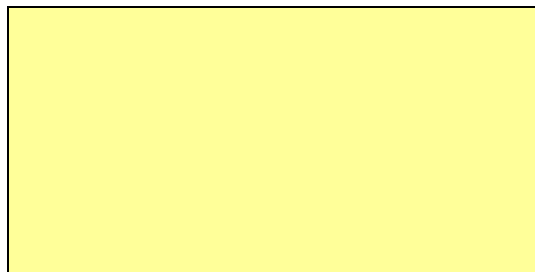
Pour l'établissement :

ETABLISSEMENTS CBUM

Département :

dpt

Tampon Etablissement :



Nota Bene :















Les cellules barrées signifient qu'il n'y a pas de cible définie pour l'année considérée (l'année limite d'atteinte de l'objectif cible étant postérieure à l'année évaluée).

Toutefois les valeurs de l'indicateur concerné seront à renseigner dans chaque rapport d'étape annuel (les cases où figure "nb" ne constituent pas des cibles mais correspondent à un "nombre" à renseigner).

Les valeurs des indicateurs IPAQSS seront prérenseignées à partir de l'HAS.

Le renseignement de tous les indicateurs dans le rapport annuel d'étape, y compris en l'absence de valeur cible définie (notamment indicateurs nationaux de 2008 - I1 à I6) est requis et participera à l'atteinte de l'engagement relatif à la procédure d'autoévaluation du dispositif de suivi.

ENGAGEMENTS

	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
TITRE I : OBLIGATIONS GENERALES						
Chapitre I : Amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique des patients						
I.1 - Management de la qualité (arrêté du 6 avril 2011)						
I.1.1 - Système de management de la qualité - exigences générales (article 3 - arr06/04/11 ; art.L6111-2 CSP)						
et I.1.2 - Engagement de la direction et du pdt de CME (article 4 - arr06/04/11 ; art.L6144-1 et 6161-2 du CSP)						
L'établissement dispose d'un système de management de la qualité visant à assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse et par DM du patient. Ce SMQ s'inscrit dans la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques associés aux soins de l'établissement mentionnées à l'art. L6111-2 du CSP.	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
La direction de l'établissement conjointement avec le président de la CME (art.L6144-1 du CSP) ou CfME (art.L6161-2 du CSP) établit la politique de la qualité, en fixe les objectifs et le calendrier de mise en oeuvre	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
La politique dédiée aux médicaments et aux DM stériles dans les EDS est élaborée conformément à l'article R6111-10 du CSP						
I.1.3 - Désignation du RSMQPCM-DM (responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et par dispositifs médicaux) :						
Le RSMQPCM-DM est désigné conjointement par le directeur et le président de la CME ou CfME. Ses missions sont définies.	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
I.1.4 - Système documentaire concernant la prise en charge médicamenteuse (article 6 - arr06/04/11) et par DM :						
* Le système documentaire est : - Fonctionnel et intégré au système documentaire institutionnel - Diffusé et accessible à tout moment au personnel impliqué directement ou indirectement - Revu avec une périodicité définie - Appliqué - Compatible avec les règles de traçabilité et de respect du secret médical et professionnel - Comprend les préconisations en terme de prescription élaborées par la CME ou CfME	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* La direction formalise et communique au personnel impliqué directement ou indirectement, les responsabilités, les autorités et délégations de responsabilité à toutes les étapes du processus dans le respect de la réglementation et des compétences en vigueur	Oui Partiellement Non	Oui en 2015	oui	oui	oui	oui
* Focus sur le système documentaire de la prise en charge par DMI (prévus aux articles R5212-36 à 42 du CSP et l'arr.du 26/01/07)						
* Focus sur le système documentaire de la prise en charge médicamenteuse						
I.1.5 Etude des risques en lien avec la prise en charge par DM						
I.1.5bis Etude des risques en lien avec la prise en charge médicamenteuse						
I.1.6 La formation sur l'iatrogénie de la prise en charge médicamenteuse						
I.1.7 Communication de la direction						
I.1.8 Dispositions applicables à l'ensemble des DM et aux DM soumis aux règles particulières de traçabilité						
I.1.8bis Dispositions applicables à l'ensemble des médicaments (art.13 - arr.06/04/11) et aux stupéfiants						
I.2 - Informatisation de la prise en charge par DM						
I.2bis - Informatisation de la prise en charge médicamenteuse						
I.3 - Traçabilité de la prescription jusqu'à l'implantation et l'information du patient						
I.3bis - Développement de la prescription et de la DDN et I.4 - Traçabilité de la prescription jusqu'à l'administration						
I.5 - Centralisation de la préparation des anticancéreux						

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Chapitre II : Développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau						
II.1 - Participation aux travaux de l'OMEDIT :	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
II.2 - Dans le cadre du cancer :						
* organiser et rendre traçable la RCP, * participer au réseau régional						
Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge / Nombre de séjours évalués	Source : IPAQSS-RCP niveau 1	/	/	/	/	/
Nombre de séjours pour lesquels est retrouvée, lors de la prise en charge initiale d'un primo-diagnostic de cancer, la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge et réalisée avec au moins trois professionnels de spécialités différentes / Nombre de séjours évalués	Source IPAQSS-RCP niveau 2 <i>prérenseigné à partir des dernières mesures HAS</i>					
	%	80%	seuil de performance national			
II.3 - Pour les patients atteints d'une maladie rare						
* Prescription initiale des médicaments orphelins ou indiqués dans le traitement d'une maladie rare sur avis du centre de référence et conforme aux protocoles de prise en charge * Pour les médicaments qui sont par ailleurs inscrits sur la liste Hors GHS, c'est une validation de la prescription initiale par le centre de référence qui est requis.						
Fournir l'état quantitatif et qualitatif des primoprescriptions de médicaments orphelins ou utilisés dans le traitement des maladies rares, en précisant pour chacune d'entre elles quel <u>centre de référence ou compétence</u> a été consulté et l'application de la circulaire du 25/01/10	réalisé et fourni oui/non	fourni en 2014 et à chaque REA	fourni à chaque REA	fourni à chaque REA	fourni à chaque REA	fourni à chaque REA
II.4 - Dans le cadre des DMI (dispositifs médicaux implantables) :						
* Les DMI qui nécessitent une concertation pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire et prescrits dans l'établissement sont identifiés (<i>liste disponible sur e-omedit</i>)	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* la concertation pluriprofessionnelle et/ou pluridisciplinaire, lorsqu'elle est prévue dans la LPP, est organisée et tracée dans le dossier patient pour tous les DMI concernés	Oui Partiellement Non	/	exhaustif en 2015	oui	oui	oui
Chapitre III : Engagements spécifiques aux Hors GHS et respect des RBU						
III.1 - Prescription et DDN (dispensation à délivrance nominative) et III.2 - Traçabilité complète du processus	<i>inclus dans les dispositions applicables à l'ensemble des médicaments et des DM</i>					
III.3 - Suivi par la PUI de la consommation par patient et par prescripteur en code LPP	Oui Partiellement Non	/	/	Oui en 2016	oui	oui
III.3 bis- Suivi par la PUI de la consommation par patient et par prescripteur en UCD	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
III.4 - L'information des prescripteurs sur les recommandations ou avis médico-économiques de la HAS						
L'information des prescripteurs est organisée.	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Ces recommandations ou avis médico-économiques sont pris en compte notamment pour l'élaboration du livret thérapeutique, dans la politique d'achat des Médicaments et des DM, ...	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
III.5 - Respect des RBU (référentiels de bon usage) pour les médicaments et produits et prestations hors GHS (pour l'ensemble des items l'OMEDIT communiquera une liste qui précisera quels produits de santé sont concernés dans chaque partie).	Ce n'est pas seulement les taux obtenus qui sont évalués mais aussi l'implication et l'organisation de l'établissement de santé dans le recueil et l'analyse de ces prescriptions.					
Dispositifs Médicaux Implantables						
<i>L'exhaustivité du recueil est requise dès 2014 a minima pour les DMI ciblés au niveau national (connus à ce jour, 22 avril 2014 : endoprothèses coronaires, bioprothèses valvulaires par voie transcutanée, implants annulaires ajustables pour gastroplastie, neurostimulateurs médullaires, implants cochléaires, implants urinaires, stimulateurs cardiaques)</i>						
exhaustivité des DMI hors GHS en 2018.						
<i>Nombre total d'implants posés</i>						
	nb	nb 1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre d'implants posés dans le cadre de l'arrêté d'inscription sur la LPP</i>						
	nb	nb 2	nb	nb	nb	nb
Taux d'implants posés dans le cadre de l'arrêté d'inscription sur la LPP						
	%	calcul automatique : nb2/nb1				
<i>Nombre d'implants posés hors arrêté d'inscription sur la LPP argumentées et justifiées dans le dossier du patient</i>						
	nb	nb3	nb	nb	nb	nb
Taux d'implants posés hors l'arrêté d'inscription sur la LPP argumentées et justifiées dans le dossier du patient						
	%	calcul automatique : nb3/nb1				
<i>Somme des réponses aux 2 indicateurs DMI supra</i>						
	100%=Oui autre =Non	100% dès 2014	100%	100%	100%	100%
<i>Nombre de DM posés</i>						
	nb	nb4	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre de DM posés codés selon la classification CLADIMED</i>						
	nb	nb5	nb	nb	nb	nb
Taux de DM posés codés selon la classification CLADIMED						
	%	100% calcul automatique : nb5/nb4				
Médicaments Dérivés du Sang (MDS)						
<i>Nombre total de prescriptions de MDS</i>						
	nb	nb 1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre de prescriptions de MDS dans le cadre de l'AMM</i>						
	nb	nb 2	nb	nb	nb	nb
Taux de prescription de MDS dans le cadre de l'AMM						
	%	calcul automatique : nb2/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de MDS dans le cadre d'une RTU (ou PTT)</i>						
	nb	nb3	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de MDS dans le cadre d'une RTU (recommandation temporaire d'utilisation-ou PTT jusqu'au 31/12/2015)						
	%	calcul automatique : nb3/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de MDS dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient</i>						
	nb	nb4	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de MDS dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient						
	%	calcul automatique : nb4/nb1				
<i>Somme des réponses aux 3 indicateurs MDS supra</i>						
	100%=Oui autre =Non	100% dès 2014	100%	100%	100%	100%
Médicaments utilisés dans le cadre du cancer (ATK)						
<i>Nombre total de prescriptions de ATK</i>						
	nb	nb 1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre de prescriptions de ATK dans le cadre de l'AMM</i>						
	nb	nb 2	nb	nb	nb	nb
Taux de prescription de ATK dans le cadre de l'AMM						
	%	calcul automatique : nb2/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de ATK dans le cadre d'une RTU (ou PTT)</i>						
	nb	nb3	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de ATK dans le cadre d'une RTU (ou PTT)						
	%	calcul automatique : nb3/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de ATK dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient</i>						
	nb	nb4	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de ATK dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient						
	%	calcul automatique : nb4/nb1				
<i>Somme des réponses aux 3 indicateurs ATK supra</i>						
	100%=Oui autre =Non	100% dès 2014	100%	100%	100%	100%

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS


	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Médicaments utilisés dans le cadre de Maladies Rares (MR)						
<i>Nombre total de prescriptions de MR</i>	nb	nb 1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre de prescriptions de MR dans le cadre de l'AMM</i>	nb	nb 2	nb	nb	nb	nb
Taux de prescription de MR dans le cadre de l'AMM	%	calcul automatique : nb2/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de MR dans le cadre d'une RTU (ou PTT)</i>	nb	nb3	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de MR dans le cadre d'une RTU (ou PTT)	%	calcul automatique : nb3/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de MR dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient</i>	nb	nb4	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de MR dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient	%	calcul automatique : nb4/nb1				
<i>Somme des réponses aux 3 indicateurs MR supra</i>	100%=Oui autre =Non	100% dès 2014	100%	100%	100%	100%
Médicaments utilisés dans le cadre de la Rhumatologie / Médecine Interne / Autres (RMI)						
<i>Nombre total de prescriptions de RMI</i>	nb	nb 1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre de prescriptions de RMI dans le cadre de l'AMM</i>	nb	nb 2	nb	nb	nb	nb
Taux de prescription de RMI dans le cadre de l'AMM	%	calcul automatique : nb2/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de RMI dans le cadre d'une RTU (ou PTT)</i>	nb	nb3	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de RMI dans le cadre d'une RTU	%	calcul automatique : nb3/nb1				
<i>Nombre de prescriptions de RMI dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient</i>	nb	nb4	nb	nb	nb	nb
Taux de prescriptions de RMI dans le cadre du Hors AMM et Hors RTU argumentées et justifiées dans le dossier du patient	%	calcul automatique : nb4/nb1				
<i>Somme des réponses aux 3 indicateurs RMI supra</i>	100%=Oui autre =Non	100% dès 2014	100%	100%	100%	100%
<u>III.6 - Suivi semestriel de la répartition des prescriptions selon le RBU accompagné des argumentaires le cas échéant présenté à la CME + OMEDIT + DGARS</u>	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
TITRE II : PROCEDURE D'AUTOEVALUATION						
* L'EDS se dote d'un Dispositif de suivi et d'audit interne pour s'assurer de l'application des engagements souscrits						
Le dispositif de suivi et d'audit interne du CBUMPP :						
* est pluriprofessionnel : direction, président de CME, RSMQPCM-DM, gestionnaire des risques, RAQ, prescripteur(s), pharmacien(s), IDE, DIM ...	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* est planifié	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* propose les actions correctives qui sont intégrées dans le programme d'actions du SMQ,	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* assure un suivi infra-annuel du CBUMPP,	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* communique auprès de l'ensemble du personnel impliqué directement ou indirectement dans la prise en charge médicamenteuse et/ou par DMI.	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
* Le Dispositif de suivi et l'évaluation qui en est faite figurent dans le REA	Engagement réputé atteint si le REA a été effectué OUI/NON	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

Focus	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
(I.1.2) La politique dédiée aux médicaments et aux dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMPP limités aux implantables prévus par les art. R.5212-36 à 42 du CSP) dans les établissements de santé est élaborée conformément aux dispositions prévues à l'article R. 6111-10 du CSP						
La CME ou la CfME élabore :						
<p>1- un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMPP limités aux dispositifs médicaux implantables prévus par les articles R.5212-36 à 42 du CSP) <u>qui tient compte</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> * des résultats de la certification, * des contrôles et inspections, * de l'analyse des risques a priori et des événements indésirables, * de l'autoévaluation du respect des engagements souscrits dans le cadre du CBUMPP * de l'analyse du respect des dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 06/04/11 portant sur les dispositions applicables à l'ensemble des médicaments et de l'arrêté du 12/03/13 relatif aux médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants * de l'analyse du respect des dispositions prévues aux articles R.5212-36 à 42 du Code de la Santé Publique et de l'arrêté du 26/01/07 portant les règles particulières de traçabilité des dispositifs médicaux 	Médicament Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	DMI Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
	 voir infra					
<p>2- un bilan des actions d'amélioration en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMPP limités aux dispositifs médicaux implantables prévus par les articles R.5212-36 à 42 du CSP),</p>	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
<p>3- Une politique d'achat de ces produits de santé qui prend en compte la prévention des risques liés à ces produits de santé</p>	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
<p>4- la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement (livret thérapeutique) :</p> <p>- Le livret thérapeutique des Médicaments avec DCI est disponible, accessible et actualisé</p>	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
<p>5- Des préconisations en matière de prescription des médicaments notamment des antibiotiques et des dispositifs médicaux stériles (pour le CBUMPP limités aux dispositifs médicaux implantables prévus par les articles R.5212-36 à 42 du CSP)</p> <p>- Les thèmes couverts peuvent être : l'antibiothérapie, les prescriptions chez les personnes âgées, les anticoagulants et antiagrégants, les psychotropes, la prise en charge de l'infarctus du myocarde, la prise en charge de la douleur. <u>En fonction des risques identifiés et de l'activité de l'établissement d'autres thèmes peuvent être pertinents.</u></p>	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
<p>Indicateur national / qualité de la prise en charge : Prescriptions médicamenteuse appropriées après un infarctus du myocarde (IDM)</p>						
Administration d'antiagrégants plaquettaire à la phase aigue	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
Prescription appropriée d'aspirine et de clopidogrel ou de prasugrel après l'infarctus	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
Prescription appropriée de bêta-bloquant après infarctus	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
Prescription appropriée d'inhibiteur de l'enzyme de conversion ou d'antagoniste des récepteurs à l'angiotensine II après un infarctus	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
Prescription appropriée de statine après un infarctus	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
Score agrégé des indicateurs évaluant la rédaction des prescriptions médicamenteuses de sortie (score BASI)	Source IPAQSS-IDM préenseigné à partir des dernières mesures HAS					
	%	90%	seuil de performance national			

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

Focus	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Indicateur national / bon usage : indicateur composite du bon usage des antibiotiques ICATB.2 (évaluation des seuls indicateurs relatifs à la prescription médicamenteuse)						
La prescription des antibiotiques est informatisée (<i>item ATBM2</i>)	Oui Partiellement Non	/	/	/	/	oui en 2018
Il existe une liste d'antibiotiques "ciblés" dans l'établissement (<i>itemA1</i>)	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Réévaluation à 48h - 72h pour les antibiotiques ciblés (<i>itemATB11d</i>)	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Argumentation pour une prescription > à 1 semaine (<i>itemATBA3</i>)	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Il existe un protocole validé par la CME ou CfME sur l'antibiothérapie de 1ère intention des principaux sites d'infection en terme de fréquence [de moins de 3 ans] (<i>item ATBA2</i>)	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Il existe une surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité (<i>itemATBA6</i>)	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Une évaluation des pratiques en matière de qualité des prescriptions a été réalisée dans les trois dernières années. (<i>item ATBA11</i>)	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Résultats de la certification sur les activités MCO, HAD et Dialyse et suivi des actions d'amélioration entreprises entre 2 visites de la HAS sur les critères relatifs à la prise en charge médicamenteuse et dispositifs médicaux :	Source : rapport HAS	<i>si établissement mixte MCO&HAD renseigner uniquement pour MCO</i>				
Version de la certification	V2010, V2014	version	version	version	version	version
Date de la visite initiale :	jj/mm/aa	date	date	date	date	date
Critère 20a : Management de la prise en charge médicamenteuse du patient						
* cotation du critère	A/B/C/D	résultat	résultat	résultat	résultat	résultat
* décision : absence de manquements ou d'insuffisances constatés, recommandation, réserve, réserve majeure	niveau	Pas de réserve ni de réserve majeure				
* En cas de recommandation, réserve ou réserve majeure, <u>date</u> à laquelle le plan d'actions et/ou rapport de suivi demandé par la HAS a été fourni à la HAS	Oui Non Non Applicable	oui (fournir date : jj/mm/aa)				
Critère 20abis : Prise en charge médicamenteuse du patient						
* cotation du critère	A/B/C/D	résultat	résultat	résultat	résultat	résultat
* décision : absence de manquements ou d'insuffisances constatés, recommandation, réserve, réserve majeure	niveau	Pas de réserve ni de réserve majeure				
* En cas de recommandation, réserve ou réserve majeure, <u>date</u> à laquelle le plan d'actions et/ou rapport de suivi demandé par la HAS a été fourni à la HAS	Oui Non Non Applicable	oui (fournir date : jj/mm/aa)				
Critère 20b : Prescription médicamenteuse chez le sujet agé						
* cotation du critère	A/B/C/D	résultat	résultat	résultat	résultat	résultat
* décision : absence de manquements ou d'insuffisances constatés, recommandation, réserve, réserve majeure	niveau	Pas de réserve ni de réserve majeure				
* En cas de recommandation, réserve ou réserve majeure, <u>date</u> à laquelle le plan d'actions et/ou rapport de suivi demandé par la HAS a été fourni à la HAS	Oui Non Non Applicable	oui (fournir date : jj/mm/aa)				
Élément d'appréciation E2-3 du Critère 26a portant sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantables au bloc opératoire (à renseigner par l'établissement)						
* Y-a-t-il eu une recommandation, réserve ou réserve majeure, portant sur le critère 26a, relatif à un manquement ou insuffisance constatés sur cet élément d'appréciation ?	Oui Non Non Applicable	NON si oui, préciser niveau				
* En cas de recommandation, réserve ou réserve majeure, portant sur le critère 26a relatif à un manquement ou insuffisance constatés sur cet élément d'appréciation, date à laquelle le plan d'actions et/ou rapport de suivi demandé par la HAS a été fourni à la HAS	Oui Non Non Applicable	oui (fournir date : jj/mm/aa)				

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

Focus	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
(I.1.7) La direction communique à tout membre du personnel concerné sur :						
L'importance à satisfaire les exigences obligatoires et volontaires	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
La politique de la qualité et de la sécurité qu'elle entend conduire	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Les objectifs de la qualité qu'elle se fixe, dont l'échéancier de mise en œuvre	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
La direction met en place des processus pour :						
- favoriser la déclaration interne des événements indésirables, erreurs ou dysfonctionnements liés à la prise en charge médicamenteuse ou par DM	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
- promouvoir l'analyse des causes liées aux déclarations internes	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
- faire connaître au personnel les améliorations	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
- susciter l'intérêt du personnel et son implication dans le partage du retour d'expérience	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
La direction conjointement avec la CME ou la CfME valorise le partage du retour d'expérience dans le cadre du développement professionnel continu	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui

ParapheParapheParaphe

ENGAGEMENTS

Prise en Charge par DM**(ceux prévus aux art. R5212-36 à 42 du CSP, arrêté du 26/01/07, art. R165-36 à 44 du CSS)**

Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
I.1.4 - Système documentaire de la prise en charge par DMI :					
* Le système documentaire comprend les Procédures et Modes Opératoires, notamment celles permettant de s'assurer de / que :					
- L'identité du patient	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
- La Prescription est conforme aux données de référence <u>et</u> elle garantit la qualité et sécurité des soins jusqu'à la sortie	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
- La Qualité de la "chaîne d'approvisionnement"	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
- Le Patient est informé	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
- La Traçabilité de toutes les étapes de la prise en charge par DM (art. R5212-36 à 42 du CSP, arrêté du 26/01/07)	Oui Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
* Le système comprend les enregistrements que l'établissement a jugés nécessaires (supports de traçabilité)	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
I.1.5 Etude des risques en lien avec la prise en charge par DMI					
* L'Etude des risques est conduite et mise en œuvre :					
Nbre de cartographies réalisées	nb	nb1	nb	nb	nb
Nbre de cartographies prévues par l'établissement (le nb de cartographies prévues doit être > 0)	nb	nb2	nb2	nb2	nb2
Taux de cartographie	%	calcul automatique : nb1/nb2			100% en 2018
Critères de choix à préciser : texte libre en annexe					
Nbre de signalements analysés /an	nbre	nbre > 0	nbre > 0	nbre > 0	nbre > 0
Nbre de signalements analysés collectivement selon une méthode validée (RMM, REMED, CREX, ...) /an	nbre	nb > 1 sur les 5 ans			
# L'étude des risques a priori :					
Elle porte a minima sur :					
- la totalité du processus y compris l'information du patient et la "chaîne d'approvisionnement"	Oui Partiellement Non	/	/	/	Oui en 2018
- la continuité du traitement	onglet FOCUS_continuité_tt				
- les risques liés à l'informatisation	Oui Partiellement Non	/	/	/	Oui en 2018
Elle aboutit à l'élaboration et/ou mises à jour de Procédures et Modes Opératoires	Oui Partiellement Non	/	/	/	Oui en 2018
# L'étude des risques a posteriori :					
Il existe une organisation de la déclaration et de l'analyse des Evènements Indésirables. Celle-ci est formalisée et accessible dans le système documentaire	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui
* Les actions d'améliorations qui en découlent sont prioritaires et planifiées :					
Nbre d'actions réalisées et terminées /an	nbre/an	nb > 0	nb > 0	nb > 0	nb > 0
* Les modalités de suivi sont définies	Oui Partiellement Non	/	/	/	Oui en 2018
* La rétro-information sur ces risques et actions est organisée et réalisée :					
Les modalités de la rétro-information vers les instances et professionnels concernés sont organisées et réalisées	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS						
Prise en Charge par DM (ceux prévus aux art. R5212-36 à 42 du CSP, arrêté du 26/01/07, art. R165-36 à 44 du CSS)	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
I.2 - Informatisation						
Il existe un projet d'informatisation de la traçabilité complète des DMI prévus aux art. R5212-36 à R5212-42 du CSP	Oui Partiellement Non	Fonction du résultat d'un groupe de travail sur le sujet				
Il permet notamment de répondre au suivi exhaustif par prescripteur des indications de prescriptions des DMI hors GHS conformément au référentiel de bon usage	Oui Partiellement Non					
Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information	Oui Partiellement Non					
Le déploiement du projet est planifié	Oui Partiellement Non					
Le déploiement est mis en œuvre.	Oui Partiellement Non					
I.3 - Traçabilité de la prescription jusqu'à l'implantation						
(art.R5212-36 à R5212-42 du CSP applicable depuis le 01/01/09 /art.R165-36 à R165-44 du CSS applicable depuis le 01/09/12)						
Un audit biennal (en alternance avec IPAQS TDP) sur <u>minimum 80 dossiers</u> de DMI implantés est réalisé selon la méthodologie régionale OMEDIT NB : dossiers indépendant facturation (DMI inclus liste en sus ou non) NB : <u>minimum 2 lignes par dossier</u>	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	/	Oui en 2017	/
<i>Nbre de lignes de prescription où l'ensemble des critères de conformité pour les étapes de Dispensation / Prescription / Implantation / Information au patient sont présents</i>	nb	nb1	nb	nb	nb	nb
<i>Nbre de lignes auditées</i>	nb	nb2	nb	nb	nb	nb
Taux % de lignes de prescription de DMI tracées conformes	%	100% calcul automatique : nb1/nb2 en 2015				
Détails des non conformités :						
<i>% de traçabilité des DM implantés non retrouvée(s)</i>	%	% à renseigner pour chaque audit				
<i>% d'implantation(s) de DMI retrouvée(s) mais avec au moins une cause de non-conformité</i>	%					
<i>% d'implantation(s) de DMI sans enregistrement par la PUI ni transmission au service utilisateur des données relatives à la délivrance</i>	%					
<i>% sans le Nom et prénom, âge, sexe, le cas échéant le poids, du patient</i>	%					
<i>% sans la Date d'implantation</i>	%					
<i>% sans le Nom du prescripteur</i>	%					
<i>% sans la Signature du prescripteur</i>	%					
<i>% sans l'identification des DMI</i>	%					
<i>% sans l'information du patient</i>	%					
Le plan d'actions destiné à réduire les non-conformités, avec échéancier et modalités de suivi est élaboré et mis en œuvre	Oui Partiellement Non Non applicable	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
L'ensemble des écarts à la norme sont réduits à l'issue de l'année 2018. (non concerné si aucun écart à la norme n'est constaté)	oui partiellement non non concerné	/	/	/	/	oui en 2018
<i>Nombre d'unités de dispositifs médicaux implantables (DMI) dont l'implantation est tracée dans le dossier du patient</i>	nbre	nb1	nb	nb	nb	nb
<i>Nombre d'unités de DMI posés</i>	nbre	nb2	nb	nb	nb	nb
Taux de DMI dont l'implantation est tracée dans le dossier du patient (indicateur IS national)	%	calcul automatique : nb1/nb2				

ParapheParapheParaphe

ENGAGEMENTS

Prise en Charge médicamenteuse**I.1.4 - Système documentaire de la prise en charge médicamenteuse (article 6 - arr06/04/11) :**

* Le système documentaire comprend un Manuel Qualité comportant :

Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui

* Le système documentaire comprend les Procédures et Modes Opératoires, notamment celles permettant de s'assurer de / que :

- L'identité du patient	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- La Prescription est conforme aux données de référence et elle garantit la qualité et sécurité des soins jusqu'à la sortie	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- L'Administration est conforme à la prescription	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- La Qualité de la "chaîne d'approvisionnement"	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- Le Patient est informé de son traitement	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui

* Le système comprend les Enregistrements que l'établissement a jugé nécessaires (*supports de traçabilité*)

	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
--	-----------------------------	-------------	-----	-----	-----	-----

I.1.5 Etude des risques en lien avec la prise en charge médicamenteuse

* L'Etude des risques est conduite et mise en œuvre :

Nbre de cartographies réalisées	nb	nb1	nb	nb	nb	nb
Nbre de cartographies prévues par l'établissement (le nb de cartographies prévues doit être > 0)	nb	nb2	nb2	nb2	nb2	nb2
Taux de cartographie	%	calcul automatique : nb1/nb2			100% en 2018	
<i>Critères de choix à préciser : texte libre en annexe</i>						
Nbre de signalements analysés /an	nbre	nbre > 0	nbre > 0	nbre > 0	nbre > 0	nbre > 0
Nbre de signalements analysés collectivement selon une méthode validée (RMM, REMED, CREX, ...) /an	nbre	nbre > 0	nbre > 0		nbre > 0	nbre > 0

Etude des risques a priori (article 8 - arr06/04/11):

☒ Elle porte a minima sur :

- la totalité du processus y compris l'information du patient et la "chaîne d'approvisionnement"	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- les médicaments à risques	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- les patients à risques	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- les "12 évènements qui ne devraient jamais arriver" (Never events)	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- la continuité du traitement	onglet FOCUS_continuité_tt					
- les risques liés à l'informatisation	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui

☒ Elle aboutit à l'élaboration et/ou mises à jour de Procédures et Modes Opératoires

Etude des risques a posteriori :

- Il existe une organisation de la déclaration et de l'analyse des Evènements Indésirables. Celle-ci est formalisée et accessible dans le système documentaire	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
- La charte non punitive est formalisée et diffusée	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui

* Les actions d'améliorations qui en découlent sont priorisées et planifiées

Nbre d'actions réalisées et terminées /an	nbre/an	nb > 0	nb > 0	nb > 0	nb > 0	nb > 0
* Les modalités de suivi sont définies	Oui Partiellement Non	/	/	/	/	Oui en 2018

* La rétro-information sur ces risques et actions est organisée et réalisée :

Les modalités de la rétro-information vers les instances et professionnels concernés sont organisées et réalisées	Oui Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
---	------------	---	-------------	-----	-----	-----

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

Prise en Charge médicamenteuse	Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
I.1.6 La formation sur la iatrogénie de la prise en charge médicamenteuse						
Le programme de formation et/ou sensibilisation <u>contient</u> les définitions de la iatrogénie, de l'erreur médicamenteuse, la règle des 5B et les modalités de déclaration interne, la charte non punitive	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Cette formation/sensibilisation est inscrite au programme de formation de l'EDS.	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Taux de personnel formé/sensibilisé, ou ayant participé à une RMM "Médicament", annuellement par catégorie professionnelle (prescripteurs / équipe pharmaceutique / IDE, AS, AP, manip radio) avec pour objectif final l'ensemble des catégories visées	Oui Partiellement Non	/	/	12 % en 2016 avec a minima 2% par catégorie	/	25% en 2018 avec a minima 5% par catégorie
nb prescripteurs formé/sensibilisé	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
nb prescripteurs	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
taux annuel	%	calcul automatique : nb1/nb2				
nb équipe pharmaceutique formé/sensibilisé	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
nb équipe pharmaceutique	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
taux annuel	%	calcul automatique : nb1/nb2				
nb IDE, AS, AP, manip radio formé/sensibilisé	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
nb IDE, AS, AP, manip radio	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
taux annuel	%	calcul automatique : nb1/nb2				
Une évaluation de la qualité de la sensibilisation / formation est réalisée	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Un support d'information est délivré au nouveau personnel soignant	Oui Partiellement Non	/	/	Oui en 2016	oui	oui
I.1.8 bis Dispositions applicables à l'ensemble des médicaments (art.13 - arr.06/04/11) et Dispositions applicables aux stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants (arr.12/03/13)						
L'ensemble des écarts à la norme sont réduits à l'issue de l'année 2016. (non concerné si aucun écart à la norme n'est constaté) NB : la méthodologie est laissée à l'appréciation des établissements (vérification des dispositions de l'article 13 de l'arrêté du 6/4/2011 et l'arrêté stupéfiants du 12/03/2013)	oui partiellement non non concerné	/	/	Oui en 2016	oui	oui
I.2 - Informatisation						
Il existe un projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Le déploiement du projet est planifié	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Le projet est mis en œuvre	Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Nbre de séjours ayant lieu dans un service (MCO ou HAD ou Dialyse) disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
Nbre de séjours total (MCO et HAD et Dialyse)	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
Taux de séjours MCO,HAD ou dialyse disposant de prescriptions de médicaments informatisés	%	calcul automatique : nb1/nb2		50% en 2016	≥ 50%	≥ 50%
Nbre de séjours (MCO ou HAD ou Dialyse) prévoyant une analyse pharmaceutique informatisée	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
Nbre de séjours ayant lieu dans un service (MCO ou HAD ou Dialyse) disposant de prescriptions médicamenteuses informatisées	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
Taux de séjours ayant lieu dans un service (MCO ou HAD ou Dialyse) prévoyant une analyse pharmaceutique informatisée	%	calcul automatique : nb1/nb2		50% en 2016	≥ 50%	≥ 50%
Nbre de séjours (MCO ou HAD ou Dialyse) disposant d'un plan de soins médicamenteux (prescription et administration) informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions médicamenteuses	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
Nbre de séjours total (MCO et HAD et Dialyse)	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
Taux de séjours MCO, HAD ou dialyse disposant d'un plan de soins médicamenteux informatisé alimenté par l'ensemble des prescriptions médicamenteuses	%	calcul automatique : nb1/nb2		50% en 2016	≥ 50%	≥ 50%
Nombre de lits et places (MCO) bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans le service de soins	nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9
Nombre de lits et places MCO installés	nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10
Taux de lits et places (MCO) bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique par un médecin dans le service de soins (indicateur I1 national)	%	calcul automatique : nb1/nb2				

Paraphe

Paraphe

Paraphe

ENGAGEMENTS

Prise en Charge médicamenteuse							Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018	
Nombre de lits et places (tous services) bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique dans le service de soins							nb	nb1	nb3	nb5	nb7	nb9	
Nombre de lits et places installés							nb	nb2	nb4	nb6	nb8	nb10	
Taux de lits et places (tous services) bénéficiant d'une prescription complète informatisée avec saisie systématique par un medecin dans le service de soins (indicateur I2 national)							%	calcul automatique : nb1/nb2					
I.3 - Développement de la prescription et de la DDN et I.4 - Traçabilité de la prescription jusqu'à l'administration													
Indicateur national / qualité de la prise en charge : Tenue du dossier patient (TDP) critère relatif à la prescription médicamenteuse							Source : IPAQSS TDP-MCO critère 3 prérenseigné à partir dernières mesures publiées par la HAS						
Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation							%	80%	seuil de performance national				
% de prescription(s) médicamenteuse(s) non retrouvée(s)							%	% prérenseignés à partir HAS					
% prescription(s) médicamenteuse(s) retrouvée(s) mais avec au moins une cause de non-conformité							%						
% sans le Nom et prénom du patient							%						
% sans la Date de prescription							%						
% sans la Signature du prescripteur							%						
% sans le Nom du prescripteur							%						
% sans la Dénomination des médicaments							%						
% sans la Posologie							%						
% sans la Voie d'administration							%						
Analyses pharmaceutiques réalisées pendant l'hospitalisation (indicateur à évaluer selon protocole et calendrier IPAQSS-TDP-MCO critère 3)							%	50%	≥50%	≥50%	≥50%	≥50%	
Détails des non conformités :													
% d'analyse(s) pharmaceutique(s) non retrouvée(s)							%	à renseigner à chaque audit (2016 et 2018)					
% d'analyse(s) pharmaceutique(s) retrouvée(s) sur un autre support que le support de prescription							%						
% sans la date et heure de l'analyse pharmaceutique							%						
% sans le nom et prénom du pharmacien							%						
Eléments relatifs à l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation : seront pris en compte les résultats IPAQSS - V2 lorsqu'ils seront officialisés (expérimentation recueil 2014 chez 50 MCO volontaires)							Source : IPAQSS-TDP version 2		80%	seuil de performance national			
Le plan d'actions destiné à réduire les non-conformités pour l'indicateur TDP-MCO, avec échéancier et modalités de suivi est élaboré et mis en œuvre.							Oui Partiellement Non	OUI En fonction calendrier IPAQSS					
Nombre de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient							nb	nb1	nb	nb	nb	nb	
Nombre de lits et places installés en MCO, HAD, Dialyse							nb	nb2	nb	nb	nb	nb	
Taux de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I3 national)							%	50% calcul automatique : nb1/nb2 Pris en compte dans l'attente d'avoir des résultats en lien avec IPAQSS					
Nombre de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient							nb	nb1	nb	nb	nb	nb	
Nombre de lits et places installés							nb	nb2	nb	nb	nb	nb	
Taux de lits et places bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient (indicateur I4 national)							%	calcul automatique : nb1/nb2					
Nombre de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient							nb	nb1	nb	nb	nb	nb	
Nombre de lits et places installés en MCO, HAD, Dialyse							nb	nb2	nb	nb	nb	nb	
Taux de lits et places MCO, HAD, Dialyse bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient.							%	calcul automatique : nb1/nb2					
Nombre de lits et places bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient							nb	nb1	nb	nb	nb	nb	
Nombre de lits et places installés							nb	nb2	nb	nb	nb	nb	
Taux de lits et places bénéficiant d'une délivrance nominative pour l'ensemble des médicaments prescrits au patient.							%	calcul automatique : nb1/nb2					
et/ou projet spécifique relatif à la Délivrance Nominative							oui/non	oui	oui	oui	oui	oui	
I.5 - Centralisation de la préparation des médicaments anticancéreux													
Nombre de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique (y compris les préparations réalisées le cas échéant en dehors des heures d'ouverture de la PUJ)							nb	nb1	nb	nb	nb	nb	
Nombre de préparations de médicaments anticancéreux réalisées au sein de l'établissement (y compris les préparations réalisées le cas échéant en unités de soins en dehors des heures d'ouverture de la PUJ)							nb	nb2	nb	nb	nb	nb	
Taux de préparations de médicaments anticancéreux réalisées en unité centralisée sous responsabilité pharmaceutique (indicateur I6 national)							%	100 % calcul automatique : nb1/nb2					

ENGAGEMENTS

Focus Continuité du Traitement		Type de réponses	Cible 2014	Cible 2015	Cible 2016	Cible 2017	Cible 2018
DM : La continuité du traitement médicamenteux est organisée à la suite de l'implantation d'endoprothèses coronaires à libération contrôlée de principe actif							
EDS implanteur	L'information du patient sur les DMI qui ont été implantés est réalisée et tracée.	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	L'information du patient sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiagrégante plaquettaire est réalisée et tracée.	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	L'information du patient sur la nécessité de prévenir l'équipe médicale en cas d'intervention chirurgicale est réalisée et tracée.	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	La compréhension du patient est recherchée. <i>(objectif de moyens et non de résultat : l'établissement s'organise pour atteindre l'objectif)</i>	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	L'information du médecin traitant sur les DMI implantés, sur la nécessité de poursuivre la bithérapie antiagrégant plaquettaire et sur la nécessité de prévenir l'équipe médicale en cas d'intervention chirurgicale est réalisée et tracée.	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
	La continuité du traitement antiagrégant plaquettaire est organisée pour le retour à domicile.	Oui Partiellement Non Non concerné	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
EDS receveur	En cas d'intervention chirurgicale chez un <u>patient porteur d'une endoprothèse coronarienne à libération contrôlée de principe actif</u> , l'ensemble des médecins, notamment chirurgiens, médecins interventionnels, anesthésistes et urgentistes, est informé de la nécessité d'organiser une <u>concertation pluridisciplinaire entre anesthésiste, chirurgien et cardiologue pour valider toute décision d'arrêt ou de maintien de la bithérapie antiagrégante plaquettaire</u> .	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
	La décision pluridisciplinaire d'arrêt ou de maintien de la bithérapie antiagrégante plaquettaire est tracée dans le dossier du patient.	Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
M : La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission, jusqu'à la sortie, transferts inclus :							
Il existe des procédures de gestion du traitement personnel du patient (médicaments apportés par le patient) .		Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Recueillir le traitement habituel du patient à l'entrée :							
Le ou les acteurs responsables de cette étape sont identifiés		Oui Partiellement Non	/	Oui en 2015	oui	oui	oui
Le patient est informé de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission.		Oui Partiellement Non	Oui en 2014	oui	oui	oui	oui
Résultats obtenus pour le TDP3 lors du dernier recueil IPAQSS TDP-MCO : % de ttt habituel du patient retrouvé (TDP3.3) <i>A renseigner par l'établissement</i>		%	100%	100%	100%	100%	100%
Indicateur national / qualité de la prise en charge : Tenue du dossier patient (TDP) et Tenue du dossier anesthésique (TDA) <i>critères relatifs à la prescription médicamenteuse préenseignés à partir des dernières mesures HAS</i>							
Trace des prescriptions médicamenteuses nécessaires au démarrage de la prise en charge		Source : IPAQSS TDP-HAD critère 6					
		%	80%	seuil de performance national			
Trace d'une organisation du traitement médicamenteux à l'admission		Source : IPAQSS TDP-HAD critère 7					
		%	80%	seuil de performance national			
Mention du traitement habituel ou de l'absence de traitement dans le document traçant la consultation pré-anesthésie (ou la visite de pré-anesthésie)		Source : IPAQSS-TDA critère 4 (DAN 17)					
		%	80%	seuil de performance national			
Trace écrite des prescriptions médicamenteuses en phase post-anesthésique		Source : IPAQSS-TDA critère 12 (DAN 25)					
		%	80%	seuil de performance national			
Rédaction d'un traitement de sortie		Source : IPAQSS-TDP-MCO critère 8					
		%	80%	seuil de performance national			
Courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval		Source : IPAQSS-TDP-MCO critère 9					
		%	80%	seuil de performance national			
L'établissement s'est engagé dans une démarche visant à améliorer la continuité des traitements médicamenteux <u>en amont et en aval de l'hospitalisation</u>		Oui Partiellement Non	OUI préciser champ				

Paraphe

Paraphe

Paraphe

Fait à [redacted], le [redacted]

La directrice générale de l'agence régionale de santé

[redacted]

Le représentant légal de l'établissement

Nom :

Signature :

[redacted]

Le médecin-conseil régional du régime général de l'assurance maladie

[redacted]