

**Groupe Hospitalier Saint-Vincent**  
**Hôpitaux Universitaires de Strasbourg**  
Avril 2015

**Avec le soutien de l'ARS et de l'OMEDIT Alsace**

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



## SOMMAIRE

<b>Définitions</b> .....	<b>3</b>
<b>Chapitre 1 : La conciliation des traitements médicamenteux</b> .....	<b>5</b>
1.1 C'est quoi la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) ?.....	5
1.2 L'importance de réaliser la conciliation des traitements médicamenteux.....	5
1.3 Qui peut le faire? .....	6
<b>Chapitre 2 : Les préparateurs en pharmacie et le bilan médicamenteux optimisé (BMO)</b> .....	<b>8</b>
2.1 Qualités requises .....	8
2.2 Objectifs visés.....	8
2.3 Tâches que peuvent effectuer les préparateurs .....	9
2.4 Les erreurs .....	15
<b>Chapitre 3 : Comment rédiger le BMO?</b> .....	<b>16</b>
3.1 Étapes et informations à écrire dans le BMO.....	16
<b>Chapitre 4 : Le pharmacien</b> .....	<b>17</b>
4.1 Ses tâches .....	17
<b>Références</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexe</b> .....	<b>19</b>
Liste des abréviations médicales	

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Définitions

### La conciliation des traitements médicamenteux (CTM)

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

La conciliation est dite **proactive** lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie **avant** rédaction de la première ordonnance à l'admission. Il n'y aura théoriquement pas d'écarts, le prescripteur prenant en compte la liste en tant que de besoin dans sa prescription. La conciliation est dite **rétroactive** lorsque la liste des médicaments pris à domicile par le patient est établie **après** rédaction de la première ordonnance à l'admission.

### Bilan médicamenteux optimisé (BMO)

Étape particulière de la conciliation des traitements médicamenteux qui consiste à recueillir les médicaments pris habituellement par le patient (prescrits, pris en automédication, produits naturels), l'observance à son traitement, la gestion de ses médicaments et ses allergies notamment, au moment de son admission à l'hôpital.

### Conciliation médico-pharmaceutique (CM)

Étape particulière de la CTM qui consiste à émettre une proposition suite aux divergences détectées lors de la comparaison du BMO et de la 1<sup>ère</sup> ordonnance d'admission ; ce qui, le cas échéant, déclenche un ajustement de la prescription hospitalière.

### Divergence

Toute différence détectée entre le BMO et la prescription en cours du patient.

### Divergence intentionnelle documentée

Une divergence intentionnelle documentée est une divergence en vertu de laquelle le prescripteur décide **volontairement** d'ajouter, de modifier, ou d'interrompre la prise d'un médicament, **tout en documentant sa décision**.

### Divergence intentionnelle non documentée

Une divergence intentionnelle non documentée est une divergence en vertu de laquelle le prescripteur décide **délibérément** d'ajouter, de modifier ou d'interrompre la prise d'un médicament **sans clairement documenter sa décision**.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



**Divergence non intentionnelle**

Une divergence non intentionnelle est une divergence en vertu de laquelle le prescripteur modifie, ajoute, ou omet **involontairement** un médicament pris par un usager avant son admission.

**Admission**

L'admission est un moment critique de l'épisode de soins qui se produit au début de l'hospitalisation du patient à une unité de soins ou à un service d'urgences d'un établissement de santé.

**Transfert**

Le transfert est un moment critique de l'épisode de soins qui se produit lorsqu'un patient est pris en charge par une nouvelle équipe traitante, soit en changeant d'unité de soins, soit en changeant d'établissement.

**Sortie**

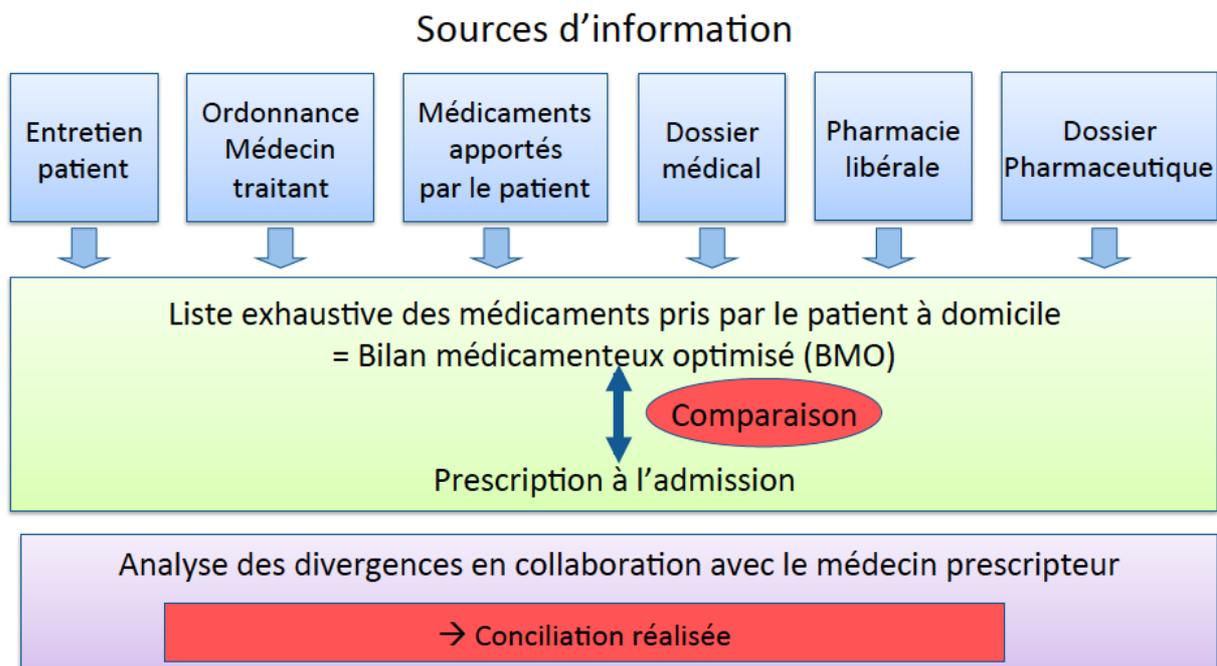
La sortie est un moment critique de l'épisode de soins qui se produit à la fin de l'hospitalisation du patient.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Chapitre 1 : La conciliation des traitements médicamenteux

### **1.1 C'est quoi la conciliation des traitements médicamenteux (CTM) ?**

C'est un processus qui peut être réalisé à l'admission, au transfert et à la sortie du patient puisque ces trois moments sont identifiés comme plus à risque d'erreurs médicamenteuses. À l'admission, il est composé du bilan médicamenteux optimisé (BMO) suivi de la conciliation médico-pharmaceutique (CM). Ce processus doit être réalisé idéalement dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient (c'est-à-dire à partir du moment où la décision d'admettre le patient est prise). La conciliation est la comparaison en temps réel des médicaments prescrits à l'hôpital avec ceux de la maison/résidence/centre hospitalier d'où arrive le patient.



### **1.2 L'importance de réaliser la conciliation des traitements médicamenteux**

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



## Bilan médicamenteux optimisé GUIDE PRATIQUE à l'intention des préparateurs en pharmacie



Version 1 : 23/04/15

En 2009, Schnipper et coll. rapportaient que jusqu'à 67 % des patients admis à l'hôpital avaient au moins une divergence non expliquée entre leurs ordonnances émises à l'admission et leur BMO<sup>1</sup>. Pippins et coll., quant à eux, ont observé que 75 % des événements iatrogènes liés aux médicaments se produisaient au départ de l'hôpital du patient<sup>2</sup>.

En pratique, il a été démontré que la CTM augmentait la détection et la prévention d'accidents ou d'incidents liés au traitement médicamenteux et qu'elle pouvait diminuer le nombre d'effets indésirables évitables liés aux médicaments. De plus, ce processus permet de réduire la fréquence des consultations médicales et des réadmissions à l'hôpital en rapport avec des erreurs médicamenteuses. En effet, Forster et coll. ont déterminé que 23 % des patients admis en médecine interne dans un hôpital universitaire présentaient une réaction indésirable suivant leur départ de l'hôpital et dans 72 % des cas, cette dernière impliquait le traitement médicamenteux<sup>3</sup>. La CTM permet aussi de mieux documenter les changements apportés à la thérapie médicamenteuse, notamment lors de la sortie du patient qui se rendra par la suite à sa pharmacie de ville avec ses ordonnances de sortie.

L'initiative « High'5s sur la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé aux points de transition que sont l'admission, le transfert et la sortie » est un projet international lancé par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'OMS en 2006. Il comprend la mise en place du processus de CTM<sup>4</sup>. En France, le projet est coordonné par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis juillet 2009. Neuf établissements ont été sélectionnés initialement pour expérimenter le projet Med'Rec pendant 6 ans, soit jusqu'en juillet 2015. Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) en font partie. Bien que cette activité ne soit pas une pratique exigible par la HAS, plusieurs hôpitaux français réalisent la CTM en dehors du projet Med'Rec. Les supports de recueil et la traçabilité de la CTM sont donc très hétérogènes.

L'objectif ultime étant de sécuriser la CTM et de la rendre pérenne, les HUS et le Groupe Hospitalier Saint Vincent (GHSV) se sont inspirés de l'expérience canadienne, où ce sont les assistants-techniques (c'est-à-dire les préparateurs en pharmacie hospitalière) qui ont la charge de réaliser le BMO.

### 1.3 Qui peut le faire?

Lorsque l'on parle de la réalisation de la CTM, autant les médecins que les pharmaciens ou les infirmiers peuvent être impliqués. Cependant, quelques études nous ont démontré que certains professionnels sont plus aptes à identifier des divergences. En effet, selon Mutnick et Reeder, les pharmaciens avaient réussi à identifier plus de médicaments que les médecins et ils documentaient plus fréquemment les doses et la fréquence d'administration que ces derniers. Pour dix médicaments relevés par le pharmacien, il y en avait trois qui n'avaient pas été identifiés par le médecin ou qui avaient été prescrits de façon erronée<sup>5</sup>.

En ce qui concerne la réalisation du BMO, dans une étude publiée en 2010, les préparateurs en pharmacie ont été en mesure de réaliser un BMO aussi complet et précis que les pharmaciens<sup>6</sup>. De plus, ces derniers connaissent bien le nom des médicaments, les classes de médicaments, l'apparence de ces derniers et

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

 <p>Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG</p>	<p><b>Bilan médicamenteux optimisé</b> <b>GUIDE PRATIQUE</b> <b>à l'intention des préparateurs en pharmacie</b></p>	 <p>FONDATION Vincent de Paul Groupe Hospitalier Saint Vincent Version 1 : 23/04/15</p>
--	---	--

peuvent effectuer une analyse pharmaceutique de niveau 1 selon l'échelle de la Société Française de Pharmacie Clinique.

Cependant, la conciliation médicamenteuse doit se faire par un pharmacien et un médecin puisqu'un jugement clinique ainsi qu'une analyse pharmaceutique de la prescription complète de niveau 2 ou 3 (selon l'échelle de la Société Française de Pharmacie Clinique) sont requis.

<b>REDACTION</b>	<b>VALIDATION</b>
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Chapitre 2 : Les préparateurs en pharmacie et le BMO

### 2.1 Qualités requises

**Compétences et aptitudes requises** pour le choix des préparateurs en pharmacie comme professionnels délégués<sup>8</sup> en vue de la réalisation des BMO.

*Tiré du guide A.P.E.S. BCM 2009<sup>7</sup>*

- 1- Expérience de travail dans le milieu jugée suffisante et pertinente ;
- 2- Bonnes capacités de communication, tant écrites qu'orales ;
- 3- Sens aigu du détail ;
- 4- Conscience développée à vouloir effectuer le travail assigné ;
- 5- Grande curiosité intellectuelle et scientifique ;
- 6- Sens des responsabilités bien développé et capacité à assumer les responsabilités (ex. : ne pas craindre la responsabilité des actes posés) ;
- 7- Bonne capacité d'apprendre de nouvelles techniques et de s'adapter aux changements ;
- 8- Goût de travailler auprès des patients et des autres professionnels des unités de soins ;
- 9- Bonne capacité à gérer son temps et à prioriser les actes à poser ;
- 10- Bonne conscience des limites liées à ses fonctions ;
- 11- Bonne capacité de jugement permettant de se référer au pharmacien aux moments opportuns ;
- 12- Grande débrouillardise.

### 2.2 Objectifs visés

Deux principes de base :

- 1- Aucun jugement clinique n'est requis pour effectuer le BMO.
- 2- Cette activité particulière doit faire primer l'intérêt et la sécurité du patient sur toute autre considération.

#### **Savoir-faire exigé** des préparateurs

*Tiré du guide A.P.E.S. BCM 2009*

- 1- Connaître les principes de base du BMO et les avantages de sa réalisation ;
- 2- Connaître les outils qui seront utilisés pour la réalisation du BMO dans l'établissement ;
- 3- Bien maîtriser l'outil permettant d'effectuer la collecte de données ;

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

- 4- Connaître, de façon générale, les rôles et responsabilités de chaque intervenant engagé dans le processus ;
- 5- Connaître, de façon spécifique, les rôles et responsabilités du préparateur en pharmacie dans le processus du BMO ;
- 6- Connaître les impacts de la qualité du travail sur la réussite et l'excellence du processus complet du BMO et sur la sécurité de l'utilisateur : notion de responsabilité des actes posés ;
- 7- Connaître les étapes nécessaires en vue de réaliser une entrevue avec le patient (ex. : obtenir le profil pharmacologique de la pharmacie dans le secteur privé avant de questionner le patient sur les médicaments pris à domicile, etc.) ;
- 8- Connaître les techniques nécessaires pour réaliser une histoire pharmacothérapeutique adéquate et complète selon les normes exigées pour réaliser un BMO dans l'établissement (ex. : valider les informations des ordonnances et de l'historique de dispensation et les compléter s'il y a lieu, revoir et valider les informations concernant les habitudes de vie et les allergies/intolérances, réaliser un historique pharmacothérapeutique d'un minimum de trois mois, savoir de quelle façon évaluer le degré d'adhésion du patient à son traitement médicamenteux, etc.) ;
- 9- Connaître les techniques d'entretien à favoriser pour questionner le patient afin de recueillir l'information la plus complète possible (ex. : utiliser des questions ouvertes, écoute, reformulation, capacité de résumer, empathie, compréhension du langage non verbal, revue des systèmes et de formes pharmaceutiques, etc.) ;
- 10- Savoir comment colliger, de façon adéquate et uniforme, l'information recueillie sur le formulaire destiné à cet effet ;
- 11- Connaître les limites de ses compétences et savoir dans quelle circonstance se référer au pharmacien ou aux autres intervenants ;
- 12- Connaître les normes éthiques entourant la confidentialité des données liées au dossier d'un patient ;
- 13- Connaître les normes éthiques entourant les soins offerts au patient (ex. : ne pas porter de jugement, procéder avec respect et confidentialité, etc.).

### **2.3 Tâches que peuvent effectuer les préparateurs**

Veillez vous référer à la fiche n°8 du guide de référence pour la liste complète des questions devant être posées au patient<sup>7</sup>.

#### 2.3.1 Éléments particuliers du BMO

##### a) Médicaments :

- Vérifier si le patient a ses médicaments en sa possession.
- Obtenir une liste de médicaments par la ou les pharmacies de ville du patient (si vous avez déjà une liste dans le dossier, vérifier la date d'obtention de la liste). Vous devez demander au

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

pharmacien les changements, les éventuels traitements antibiotiques des **quatre** derniers mois ainsi que l'observance du patient si l'information est disponible.

- **Plus d'une pharmacie** : Toujours valider avec le patient s'il se rend dans plus d'une pharmacie.
- **Inhibiteurs de la pompe à protons** Vérifier l'indication et si pris régulièrement.
- **Benzodiazépines** : Si le patient prend des benzodiazépines, demander la fréquence de renouvellement et vérifier avec le patient comment il les prend.
- **Médicaments en si besoin ou à la demande** : si le patient prend des médicaments selon certaines conditions (antalgique en cas de douleurs par exemple), faire préciser la fréquence du besoin et le nombre de prises.
- **Injections** : Si le patient reçoit des injections, demander la date du dernier renouvellement et ensuite valider avec le patient la date de la dernière injection ou de la prochaine dose et qui injecte le médicament.
- **Quatre derniers mois** : Valider auprès du patient la prise de ses médicaments (dose, voie, posologie), les changements récents ainsi que la raison d'un changement et les éventuels traitements antibiotiques.
- **Schéma thérapeutique non journalier** : si le patient prend des médicaments avec un schéma thérapeutique particulier (une fois par semaine, alternance de deux posologies) faire préciser au patient le jour de l'administration de chaque dose.
- **Chimiothérapie** : Vérifier si le patient reçoit ou a reçu dans les quatre derniers mois une chimiothérapie anticancéreuse s'il est atteint d'un cancer. Si oui, demander la date du dernier traitement et le nom des médicaments reçus.
- **Échantillons** : Vérifier que le patient ne reçoive pas d'échantillons d'un médecin de famille ou d'un spécialiste.
- **Études cliniques** : Vérifier si le patient fait partie d'une étude clinique et s'il reçoit un ou des médicaments à cet effet.
- **Autres formes** : Vérifier si le patient prend inhalateurs, injectables, collyres, crème, patchs, etc.
- **Mode de dispensation** : Vérifier si le patient prend lui-même ses médicaments, s'ils sont préparés en pilulier, s'ils ont besoin d'être écrasés, en liquide, donnés via une sonde, gastrostomie ou jéjunostomie, etc.

b) Allergies :

- Vérifier si le patient a des allergies (pas seulement médicamenteuses, mais aussi alimentaires), le moment de la réaction et la description de la réaction allergique.
- Il est important de transmettre les changements au prescripteur par la suite afin qu'il puisse rectifier les informations dans le dossier du patient.

c) Habitudes de vie :

\*Tabagisme, Alcool, Drogues : à vérifier seulement si cela a été validé avec les médecins de l'unité de soins\*

- (Tabagisme : Fumeur ou non-fumeur. Si oui, combien de cigarettes par jour et depuis combien de temps. Si non, a-t-il déjà fumé et depuis quand a-t-il arrêté ?)

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



- (Alcool : Vérifier consommation de bière, vin, alcool fort. Il est plus facile de leur demander de décrire leur consommation sur une semaine régulière que de leur demander s'ils boivent quotidiennement.)
- (Drogues : À part les médicaments, usage de drogues (cocaïne, marijuana, héroïne, etc.). Si oui, à quelle fréquence et dose ?)
- Médicaments en vente libre : Multivitamines, Anti histaminiques, Ibuprofène, etc. Donner des exemples au patient.
- Produits naturels : Donner des exemples : gélules à base de plantes (millepertuis).

d) Pression artérielle, glycémies :

- Prend-t-il sa pression artérielle à la maison ? Si oui, quelles sont les valeurs habituelles ?
- Prend-t-il sa glycémie à la maison ? Si oui, quelles sont les valeurs obtenues en temps normal à jeun ?

### 2.3.2 Le dossier-patient

Le dossier-patient est une source d'informations intéressante pour les préparateurs en pharmacie. En effet, il peut contenir les informations sur les contacts du patient, les médicaments pris à domicile (parfois il y a des ordonnances antérieures, des courriers d'hospitalisations antérieures, etc.), les réactions allergiques, les valeurs de pression artérielle et de glycémies, de l'information sur l'aptitude du patient à répondre aux questions (est-il en *delirium*, confus, parle-t-il notre langue ?) ainsi que les antécédents médicaux.

Une des difficultés, lors de la consultation du dossier-patient, est très certainement la rencontre de nombreuses abréviations médicales employées. Pour vous aider à cet effet, un lexique des plus fréquentes a été créé : « Liste des abréviations médicales ».

Si le patient ne parle pas notre langue, vérifier si un membre de la famille pourrait vous aider. Sinon, discuter avec le médecin s'il est possible de se prévaloir du service d'interprète.

Si vous avez un doute à savoir si le patient est violent, a un comportement inapproprié ou agressif, par exemple, toujours s'informer auprès de l'infirmier avant de rencontrer le patient. Au besoin, lui demander de rester deux minutes le temps d'au moins obtenir le nom de la pharmacie de ville.

Si une liste de médicaments se trouve dans le dossier, toujours vérifier la date et vérifier avec le patient qu'il s'agit bien de la totalité des traitements habituels qu'il prend. En cas de doute, rappeler la pharmacie et obtenir une nouvelle liste.

Les antécédents médicaux du patient devront être recueillis au verso de la fiche de recueil BMO. Les préparateurs n'ont pas la formation pour faire le tri dans les antécédents et donc, devront tous les noter qu'ils soient pertinents ou non pour le pharmacien.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

### 2.3.3 La pharmacie de ville

Pour chaque patient dont vous allez effectuer le BMO, vous devrez contacter la ou les pharmacies de ville de ce dernier.

Il est important de bien se présenter en se nommant et en mentionnant son poste de préparateur. De plus, vous devez dire d'où vous appelez ainsi que la raison de votre appel.

D'autre part, il sera nécessaire de demander à votre interlocuteur de s'identifier.

Votre requête consistera en la demande d'un historique médicamenteux à jour ainsi que les changements, antibiotiques des quatre derniers mois. De plus, vous devrez aussi vérifier l'observance du patient à ses traitements et si le patient prend des benzodiazépines ou autres médicaments au besoin, et valider s'ils sont renouvelés de façon régulière.

Il pourrait vous arriver que l'on vous refuse l'envoi des ordonnances et/ou historiques de délivrance. Vous devrez faire une requête écrite que vous faxerez au pharmacien de ville (« Demande des traitements personnels des patients »).

### 2.3.4 Le patient

#### 2.3.4.1 Entrevue avec le patient

Afin de rendre le BMO plus complet, vous aurez besoin de rencontrer les patients. Dans certains cas, vous ne pourrez le faire étant donné un *delirium* ou si le patient est agressif ou bien ne parle pas français.

Vous apprendrez rapidement que votre patient est la meilleure source d'informations et qu'il peut vous aider à préciser des renseignements.

Il est important de respecter les précautions affichées sur la porte de chambre du patient et les règles d'hygiène demandées. De plus, il est fortement suggéré de vous frictionner les mains avec la solution hydroalcoolique à l'entrée et à la sortie de la chambre.

Se présenter auprès du patient est très important. Cette première présentation peut s'avérer déterminante pour la qualité de votre entretien.

Vous devez d'abord vous présenter (nom et fonction) et mentionner la raison de votre visite (par exemple, j'aimerais revoir avec vous les médicaments que vous prenez à la maison afin de prévenir des erreurs et mettre votre dossier à jour).

Si le patient reçoit de l'aide d'un membre de la famille, vous devez contacter cette personne. Adaptez-vous au patient, mettez-le confortable (fermer le rideau, vous asseoir, éteindre la télévision, etc.). Ajustez votre volume et débit de voix en fonction du patient et essayez d'éviter de parler par-dessus d'autres bruits ambiants.

<b>REDACTION</b>	<b>VALIDATION</b>
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



Pour conclure votre entretien, il est important de remercier le patient pour le temps qu'il vous a accordé. De plus, prenez l'habitude de demander à la personne si elle a des questions. Vous jugerez si c'est à vous ou non d'y répondre et pourrez référer le patient à la bonne personne le cas échéant. De plus, il est bien de mentionner au patient que si jamais il se rappelait une nouvelle information, vous aimeriez être contacté. Mentionnez votre nom et que vous êtes du service de pharmacie encore une fois à ce moment.

#### 2.3.4.2 Guide de « survie » pour patients difficiles

Il ne faut pas s'en faire, vous allez vite constater que la plupart des patients sont coopérants et que vous leur procurez un peu de divertissement dans la journée.

Les patients ont souvent eu droit aux mêmes questions par plusieurs professionnels de la santé et donc, arbores votre plus beau sourire ! Dans le stress de la journée, on l'oublie parfois, mais c'est un outil merveilleux pour rendre un patient coopératif.

Servez-vous des informations que d'autres ont répertoriées au dossier du patient.

Exemple : Mr Côté, j'ai vu dans votre dossier que vous avez arrêté de fumer il y a 3 ans, est-ce bien le cas? De cette façon, vous indiquez au patient que vous avez consulté les notes à son dossier et que toutes ces questions ne se perdent pas en chemin.

Parfois, les patients ont besoin d'encouragements pour nous parler, surtout vers la fin de l'entretien. Ils sont souvent plus fatigués. Félicitez-les d'avoir arrêté de fumer si c'est récent ou bien s'il vous parle de leurs enfants, posez-leur une question. Faites attention de ne pas trop vous étendre, mais parfois, ils vous ajouteront des informations précieuses (exemple : Le patient vous dit qu'il a une fille. Si vous encouragez légèrement la conversation, il peut ajouter que c'est sa fille qui va chercher ses médicaments à la pharmacie et qu'elle lui fait ses injections de daltéparine). Cela leur donne moins l'impression de subir un interrogatoire.

Il se peut que vous vous présentiez à un patient et qu'il vous dise que ce n'est pas un bon moment pour lui. Il y a plein de raisons qui justifient cette attitude (exemple : mauvaise nouvelle sur leur état de santé, besoin d'aller uriner, etc.), ne le prenez pas personnellement et demandez quand il sera disponible. S'il vous répond qu'il ne le sera pas, ne poussez pas plus loin, c'est inutile et cela risque de le rendre plus indisposé. Au pire, vous pouvez toujours refaire un essai plus tard (exemple : le lendemain).

Certains patients vont vous dire que ce que nous faisons ne sert à rien. Vous pouvez essayer de leur expliquer le processus et s'ils sont toujours non-coopératifs, dites-leur que notre travail est de les rencontrer et que s'ils ne répondent pas, c'est leur part de responsabilité envers leur santé. Ils s'exposent donc à des erreurs de prescription. En ce qui nous concerne, nous avons fait notre travail.

Certains patients sont confus concernant leurs médicaments. Ils ne connaîtront pas forcément le nom de ces derniers, mais plutôt à quoi ils servent ou leur couleur par exemple. Vous pouvez avoir une bonne idée si le patient vous donne l'information sur l'indication l'historique des dispensations que vous pouvez obtenir de leur pharmacie de ville. Demandez au patient s'il a ses médicaments avec lui. Si c'est le cas, servez-vous de ces derniers pour le questionner.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



## Bilan médicamenteux optimisé GUIDE PRATIQUE à l'intention des préparateurs en pharmacie



Si le patient reçoit ses médicaments en pilulier, demandez-lui s'il prend tout ce qu'il y a à l'intérieur. Vous vous épargnerez beaucoup de questions et donc de temps !

Il arrive parfois que le patient ne puisse pas répondre aux questions. Regardez dans son dossier si vous pouvez trouver un contact. Les membres de la famille et les infirmières à domicile peuvent aussi être une excellente source d'informations.

Dans les cas où un patient se montrerait impoli ou grossier avec vous, vous devez lui dire qu'il est irrespectueux et quelles seront les conséquences d'un BMO non complet. S'il continue ou se montre même agressif, terminez l'entrevue. Aviser l'infirmier/médecin du patient. Inscrire à son BMO l'incident. Dans le cas des patients hospitalisés en psychiatrie, il est préférable de toujours valider avec l'infirmier en premier lieu si le patient est apte à être rencontré ou s'il serait plus prudent qu'une autre personne soit présente durant l'entrevue.

### 2.3.4.3 Techniques de communication

#### Questions ouvertes et fermées

Si votre patient a de la difficulté à communiquer, vous pouvez lui poser des questions fermées. Elles nécessitent une réponse courte de type oui ou non (exemple de question-réponse : Avez-vous des allergies? Oui.).

Lorsque vous voulez soutirer plus d'informations à votre patient, utilisez plutôt les questions de types ouvertes (exemple de question-réponse : J'aimerais que vous me décriviez vos allergies. Je suis allergique à la pénicilline et j'ai eu un rash).

Évitez les questions nécessitant plus d'une réponse (exemple : J'aimerais savoir la dose de daltéparine que vous recevez, qui l'injecte, qui vous suit et où vous renouvelez ce médicament?).

#### Technique du reflet

Quand un patient vous décrit une situation difficile qu'il a vécu, vous pouvez utiliser un reflet pour lui démontrer votre empathie (exemple : Je peux imaginer que cela n'a pas dû être facile pour vous.). Faites attention, certains reflets peuvent être interprétés de la mauvaise façon par le patient (exemple : Je comprends ce que vous vivez. – NON, vous ne pouvez pas comprendre, car vous n'êtes pas directement impliqué, vous pouvez seulement imaginer la situation).

Cependant, attention de ne pas être trop sympathique à leur cause et de se comparer avec le patient en parlant de situations personnelles.

#### Attitude

Vous devez rester calme et poli avec le patient peu importe la situation. Si un patient se montre déplaisant ou irrespectueux, dites-le lui et expliquez-lui la raison de votre visite et les conséquences de son refus de collaborer. Saluez-le en sortant, peu importe ses manières.

#### Reformulation

Lorsque vous posez une question et que la réponse tarde à venir, observez le patient pour vérifier s'il a bien compris. Si vous suspectez que non, reformulez la question.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



Parfois, le patient ne se souvient pas d'une information. Afin de mieux le diriger vers la réponse que vous recherchez, donnez-lui des pistes de réponses (exemple : Est-ce que votre pharmacie se trouve près de votre maison ? Quel est le nom de la rue où elle se trouve ? Quel est le nom du propriétaire ?). La reformulation sert également à vérifier une information, à dédramatiser une situation (exemple : Donc, si je comprends bien, vous avez décidé d'arrêter votre calcium suite à de la constipation chronique.).

### **L'écoute**

Lorsque vous discutez avec le patient, laissez-le parler sans l'interrompre, surtout s'il est fâché. Cela aidera à désamorcer la crise puisque le patient se sentira écouté. Prenez note de son intonation de voix et de ses gestes afin de discerner les réels sentiments derrière les paroles. Laissez un temps de réponse à la personne afin qu'elle rassemble ses idées. En effet, les personnes âgées peuvent parfois prendre un peu plus de temps avant de répondre. Écoutez vraiment ce que le patient a à dire, vous pourriez recevoir des informations importantes (vous devez arrêter de penser à autre chose, à la prochaine question, etc.).

## **2.4 Les erreurs**

Il peut s'agir d'une erreur de retranscription, d'analyse, d'interprétation, etc... Un registre des erreurs est mis en place afin de faciliter l'enseignement, de conserver une trace et également de prévenir d'autres erreurs. Dans tous les cas, il est important d'en discuter avec le pharmacien responsable CTM et d'analyser pourquoi elle s'est produite.

Lorsque vous avez un doute quel qu'il soit lorsque vous êtes en poste BMO, vous devez vous référer au pharmacien/interne en pharmacie attribué à la CTM. Il vous aidera à éclaircir la situation et vous indiquera la procédure à suivre.

La prévention des erreurs est très importante. Un enseignement de qualité, un bon encadrement des préparateurs, la consultation du registre des erreurs ainsi que des séances d'information régulières entre les membres de l'équipe CTM sont tous des moyens de se prémunir contre elles.

Veillez vous référer à la politique et procédure de la délégation de la BMO aux préparateurs afin de savoir comment gérer une erreur.

<b>REDACTION</b>	<b>VALIDATION</b>
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Chapitre 3 : Comment rédiger le BMO?

### **3.1 Étapes et informations à écrire dans le BMO**

- Toujours écrire nom, prénom et date de naissance du patient dans le coin gauche supérieur de la fiche de CTM, car la version sauvegardée électroniquement n'aura pas l'étiquette patient apposée.
- Inscrire les allergies, les réactions et le moment de ces dernières.
- Lorsqu'obtenus, les numéros de téléphone des médecins traitants et des pharmacies de ville doivent être annotés ainsi que les autres contacts utiles.
- Si un poids est noté, vous devez écrire la date de pesée.
- Chaque médicament doit être saisi en nom DCI et accompagné de son dosage, de sa forme galénique et de son schéma posologique.
- L'ordre de saisie des médicaments se fait principalement selon la classe ATC. Cependant, le préparateur peut ne pas être en mesure de classer un certain médicament et alors son jugement devra primer. Un tableau d'aide à la classification des médicaments a été créé.
- Les équivalents doivent être mentionnés par le préparateur dans la section commentaires pharmaceutiques.
- Il **ne fait pas** parti des activités du préparateur en pharmacie de vérifier si les traitements ont été poursuivis, modifiés, suspendus ou arrêtés.
- Dans les commentaires, le préparateur en pharmacie doit indiquer les traitements pris en automédication, la gestion des médicaments, les changements, les éventuels traitements antibiotiques des 4 derniers mois, certaines informations telles que la tension artérielle à domicile ainsi que les glycémies à domicile. Toute information jugée importante peut y être consignée.
- Les préparateurs doivent écrire leur nom électroniquement et signer la fiche de CTM finale.

<b>REDACTION</b>	<b>VALIDATION</b>
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

 <p>Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG</p>	<p><b>Bilan médicamenteux optimisé</b> <b>GUIDE PRATIQUE</b> <b>à l'intention des préparateurs en pharmacie</b></p>	 <p>FONDATION Vincent de Paul Groupe Hospitalier Saint Vincent Version 1 : 23/04/15</p>
--	---	--

## Chapitre 4 : Le pharmacien

### 4.1 Ses tâches

- Vérifier le BMO réalisé par un préparateur en pharmacie.
- Effectuer la CM : comparer les médicaments de la maison avec ceux prescrits à l'hôpital et déterminer les raisons des divergences le cas échéant.
- Aviser le médecin des divergences détectées si elles sont problématiques.
- Répondre aux questions des préparateurs en pharmacie BMO.
- Évaluer les préparateurs lors de la réalisation du BMO.
- Promouvoir la CTM à travers l'hôpital et son impact positif sur la sécurité des patients.
- Évaluer l'utilisation de la CTM et son impact sur les divergences intentionnelles non documentées et non intentionnelles.

<b>REDACTION</b>	<b>VALIDATION</b>
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Références

1. Schnipper JL, Hamann C, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events. *Arch Intern Med* 2009; 169: 771-80.
2. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, et al. Classifying and predicting errors of inpatient medications reconciliation. *J Gen Intern Med.* 2008; 23: 1414-1422.
3. Forster AJ, Clark HD, Menard A, Dupuis N, Chemish R, et al., Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *Can Med Assoc J.* 2004; 170(3): 345-349.
4. Portail HAS (page consultée le 24/11/14). Initiative OMS High5s. <http://www.has-sante.fr/>
5. Reeder T, Mutnick A. Pharmacist versus physician-obtained medication histories. *Am J Health Syst Pharm.* 2008; 65:857-860.
6. Johnston R, Saulnier L and Gould O. Best possible medication history in the emergency department: Comparing pharmacy technicians and pharmacist. *Can J Hosp Pharm.* 2010; 63(5): 359-365.
7. APES. Guide produit par le groupe de travail sur le bilan comparatif des médicaments. Réalisation du bilan comparatif des médicaments dans les établissements de santé québécois. 2009.
8. Arrêté du 16 avril 2014 modifiant l'arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## Annexe

### Liste des abréviations médicales

#### A

AAA : anévrisme aorte abdominale  
 ABO : groupes sanguins ABO  
 Ac : anticorps  
 ACE : antigène carcino-embryonnaire  
 ACFA : arythmie complète par fibrillation auriculaire  
 ACTH : adrencorticotropique Hormone  
 adénoK ou ADK : adénocarcinome  
 ADH : hormone antidiurétique, vasopressine  
 ADP : adénopathies  
 AEG : altération de l'état général  
 AET : aspiration endo-trachéale  
 AG : anesthésie générale  
 AHAI : anémie hémolytique auto-immune  
 AIT : accident ischémique transitoire  
 AL : anesthésie locale  
 ALAT et ASAT : transaminases (alias SGPT et SGOT respectivement)  
 ALD : affection de longue durée  
 ALR : anesthésie loco-régionale  
 ANCA : antineutrophilic cytoplasmic antibody (anticorps anti cytoplasme des polynucléaires)  
 AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs  
 ASP : abdomen sans préparation  
 AT : accident du travail  
 ATB : antibiotique  
 ATBG : antibiogramme  
 ATCD : antécédents  
 ATS : antithyroïdiens de synthèse  
 AV : auriculo-ventriculaire  
 AVC : accident vasculaire cérébral  
 AVK : antivitamine K  
 AVP : accident de la voie publique

#### B

BAV : bloc auriculo-ventriculaire  
 BBD : bloc de branche droit  
 BBG : bloc de branche gauche  
 BDC : bruits du coeur  
 BHA : bruit hydro aérique

BHC : bilan hépatique complet (ASAT, ALAT, gGT, PAL, 5' nucléotidase, bilirubine totale, bili libre, bili conjuguée, albumine, TP, Fact V)  
 bHCG : beta humanchorionique gonadotrophine  
 BID : bloc incomplet droit  
 BIG : bloc incomplet gauche  
 BM : biopsie médullaire  
 BOM : biopsie ostéo-médullaire  
 BPCO : broncho pneumopathie chronique obstructive  
 BSA : bloc sino-auriculaire  
 BU : bandelette urinaire  
 BZD: benzodiazépines

#### C

CBP : cancer bronchopulmonaire  
 CE : corps étranger  
 CEE : choc électrique externe  
 CEC : circulation extra corporelle  
 CG : culot globulaire  
 Chir : chirurgie  
 Chol : cholestérol  
 CI : contre-indication  
 CIVD : coagulation intra-vasculaire disséminée  
 CK : créatine kinase  
 CMD : cardiomyopathie dilatée  
 CMH : cardiomyopathie hypertrophique  
 CMO : cardiomyopathie obstructive  
 CMV : cytomégalovirus  
 CNPC : cancer non à petites cellules  
 CO : monoxyde de carbone  
 CO2 : dioxyde de carbone  
 Coro : coronarographie  
 COX: cyclo-oxygénase  
 Coxib: Inhibiteur des COX2  
 CPC : cancer à petites cellules  
 CPK : créatine phosphokinase  
 CPRE : cholangiographie pancréatographie rétrograde par voie endoscopique  
 CPS : concentré plaquettaire standard  
 CRH : corticotropin releasing hormone (hormone de libération de l'hormone corticotrope)

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



CRP : C reactive protein (protéine C réactive)  
Cs : conscience  
Cx : corticoïdes

## D

Dao : dissection aortique  
DCI : dénomination commune internationale  
DD : diagnostic différentiel  
DEC : déshydratation extra cellulaire  
DHEA : déhydroépiandrostérone  
Diag : diagnostic  
DIC : déshydratation intra cellulaire  
DID : diabète insulino-dépendant  
DI : douleur  
DMP : dysmyélopoïèse  
DNID : diabète non insulino-dépendant  
DPC : duodéno-pancréatectomie céphalique  
DS : diabète sucré  
Dvpt : développement

## E

EBNA : Epstein-Barr nuclear antigen  
EBV : Epstein-Barr virus  
ECBC : examen cyto-bactériologique des crachats  
ECBU : examen cyto-bactériologique des urines  
ECG : électrocardiogramme  
EEG : électroencéphalogramme  
EFR : épreuve fonctionnelle respiratoire  
EI : endocardite infectieuse OU effet indésirable  
ELISA : enzyme-linked immunosorbent assay  
EMG : électromyographie  
EP : embolie pulmonaire (attention, on écrit un embole avec un "e")  
EPS : électrophorèse des protéines sériques  
EPU : électrophorèse des protéines urinaires  
ESA : extrasystole auriculaire  
ESV : extrasystole ventriculaire  
Eti : étiologique  
ETO : échographie cardiaque trans-oesophagienne  
ETT : échographie cardiaque trans-thoracique

## F

FA : fibrillation auriculaire  
FC : fréquence cardiaque  
FDR : facteur de risque  
FDRCV : facteur de risque cardio vasculaire  
FEVD : fraction d'éjection du ventricule droit

FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche  
FF : facteur favorisant  
Fibro : fibroscopie  
FiO2 : fraction inspirée d'oxygène  
FO : fond d'oeil  
FR : fréquence respiratoire  
FSH : follicle stimulating hormone (hormone folliculostimulante)  
FV : fibrillation ventriculaire

## G

Gamma-GT : gamma-glutamyl transférase  
GB : globule blanc  
GEM : glomérulo-néphrite extra-membraneuse  
Ggl : ganglion  
GNA : glomérulo-néphrite aiguë  
GNC : syndrome de glomérulonéphrite chronique  
GNMP : glomérulonéphrite membrano-proliférative  
GNRP : syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive  
GR : globule rouge  
GVH : graft versus host (réaction du greffon contre l'hôte)

## H

Hb : hémoglobine  
HbA1C : hémoglobine glyquée  
HBPM : héparine de bas poids moléculaire  
HBP : Hypertrophie Bénigne Prostate  
HDL : high density lipoproteins (lipoprotéines de haute densité)  
HGPO : hyperglycémie provoquée par voie orale  
HH : hernie hiatale  
HI : hernie inguinale  
HIV : human immunodeficiency virus  
HLA : human leucocyte antigen (antigène d'histocompatibilité)  
HNF : héparine non fractionnée  
HPV : human papillomavirus  
Ht : hématocrite  
HTA : hypertension artérielle  
HTAP : hypertension artérielle pulmonaire  
HTIC : hypertension intracrânienne  
HTP : hypertension portale  
HVD : hypertrophie ventriculaire droite  
HVG : hypertrophie ventriculaire gauche  
HyperEo : hyperéosinophile

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

## I

I/V/S : intubé ventilé sédaté  
IADE : Infirmier(ière) anesthésiste diplômé(e) d'état  
IAo : insuffisance aortique  
Iatro : iatrogène  
IBODE : Infirmier(ière) de bloc opératoire diplômé(e) d'état  
IC : insuffisance cardiaque  
IDE : Infirmier(ière) diplômé(e) d'état  
IDM : infarctus du myocarde  
IDR : intradermoréaction  
IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion  
Ig : immunoglobulines  
IHC : insuffisance hépato-cellulaire  
IM : insuffisance mitrale  
IMAO : inhibiteur de la mono amine oxydase  
IMC : indice de masse corporelle  
Inf : inférieur  
Infl : inflammatoire  
INR : international normalized ratio  
IRA : insuffisance rénale aiguë OU insuffisance respiratoire aiguë  
IRC : insuffisance rénale chronique OU insuffisance respiratoire chronique  
IRF : insuffisance rénale fonctionnelle  
IRM : imagerie par résonance magnétique  
ISA : insuffisance surrénalienne aiguë  
ISL : insuffisance surrénalienne lente  
IV : intraveineuse  
IVD : insuffisance ventriculaire droite OU intra veineux direct  
IVG : insuffisance ventriculaire gauche OU interruption volontaire de grossesse  
IVL : intra veineux lent  
IVSE : intraveineux au pousse-seringue électrique

## J

Jejuno : jéjunostomie

## K

K : cancer  
KT : cathéter

## L

LA : liquide amniotique  
LAL : leucémie aiguë lymphoïde  
LAM : leucémie aiguë myéloïde  
LBA : lavage broncho alvéolaire  
LCR : liquide céphalorachidien  
LDH : lactate déshydrogénase  
LDL : low density lipoprotein (lipoprotéines de faible densité)  
LEAD ou LED : lupus érythémateux aigu disséminé  
LEC : liquide extra-cellulaire, lithotritie extracorporelle  
LH : luteinizing hormone (hormone lutéinisante)  
LHRH : luteinizing hormone releasing hormone (gonadolibérine)  
LLC : leucémie lymphoïde chronique  
LMC : leucémie myéloïde chronique  
LMNH : lymphome malin non hodgkinien  
LNH : lymphome non-hodgkinien

## M

Mb : membrane OU membres  
MCE : massage cardiaque externe  
MCV : maladies cardiovasculaires  
MDS : myélodysplasie  
MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote  
MI ou Minf : membres inférieurs  
MM : myélome multiple  
MNI : mononucléose infectieuse  
MP : maladie professionnelle  
MS ou Msup : membres supérieurs  
MST : maladie sexuellement transmissible  
MTEV : maladie thromboembolique veineuse  
MTX : méthotrexate

## N

NFS : numération formule sanguine  
NK : natural killer (lymphocyte)  
NL : neuroleptique  
NYHA : New-York Heart Association (classification dyspnée)

## O

O2 : oxygène  
OAP : oedème aigu du poumon  
OD : oreillette droite  
OG : oreillette gauche

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV

OH : alcool/alcoolique  
OMI : oedème des membres inférieurs  
OMS : organisation mondiale de la santé  
ORL : oto-rhino-laryngologie

### P

PAC : pontage aorto-coronaire  
PaCO<sub>2</sub> : pression artérielle partielle en dioxyde de carbone  
PAL : phosphatases alcalines  
PaO<sub>2</sub> : pression artérielle partielle en oxygène  
PAP : pression artérielle pulmonaire  
PBH : ponction-biopsie hépatique  
PBR : ponction-biopsie rénale  
PC : perte de connaissance  
PCP : pression capillaire pulmonaire  
PCR : polymérase chain-reaction  
PDC(I) : produit de contraste (iodé)  
Perop : per-opératoire  
PFC : plasma frais congelé  
Phy : physiologique  
PIT : primo-infection tuberculeuse  
PL : ponction lombaire  
PM : pace-maker  
PMD : psychose maniaco-dépressive  
PNB : polynucléaires basophiles  
PNE : polynucléaires éosinophiles  
PNN : polynucléaires neutrophiles  
PNO : pneumothorax  
PNP : pneumopathie  
Postop : post-opératoire  
PR : polyarthrite rhumatoïde  
Preop : pré-opératoire  
PRL : prolactine  
PS : ponction sternale  
PSA : prostatic specific antigen  
PSE : pousse-seringue électrique  
PTDVD : pression télédiastolique du ventricule droit  
PTDVG : pression télédiastolique du ventricule gauche  
Pulm : pulmonaire

### Q

Qc : débit cardiaque  
QI : quotient intellectuel  
QRS : complexe QRS  
QSP : quantité suffisante pour  
QT : segment QT

### R

RA : rétrécissement aortique  
RAA : rhumatisme articulaire aigu  
RAC : rétrécissement aortique calcifié  
RAo : rétrécissement aortique  
RGO : reflux gastro-oesophagien  
Rh : rhésus  
RHD : règles hygiéno-diététiques  
RM : rétrécissement mitral  
RMN : résonance magnétique nucléaire  
Rx : radiographie

### S

SA : sujet âgé  
SAMS : *Staph aureus* méticilline sensible  
SARM : *Staph aureus* méticilline résistant  
SAS : syndrome d'apnée du sommeil  
Sat : SaO<sub>2</sub> : saturation  
SC : surface corporelle OU sous-cutané  
SCA : syndrome coronaire aigu  
Sd : syndrome  
SDRA : syndrome de détresse respiratoire aigu  
SEES : sonde d'entraînement électrosystolique  
SFA : souffrance foetale aiguë  
SGPT et SGOT : cf ALAT et ASAT  
SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise  
SLA : sclérose latérale amyotrophique  
SMG : splénomégalie  
SMP : syndrome myélo-prolifératif  
SN : syndrome néphrotique  
SNA : syndrome néphritique aigu  
SNA : système nerveux autonome  
SNC : système nerveux central  
SNG : Sonde Naso Gastrique  
SNP : système nerveux périphérique  
SNV : système nerveux végétatif  
Sp : spécificité  
SRAS : syndrome respiratoire aigu sévère  
Sup : supérieur  
Sympto : symptomatique

### T

T4 : thyroxine, tétraiodothyronine  
TA : tension artérielle  
TA s/d : TA systolique/diastolique  
TA : tension artérielle  
TACFA : tachy-arythmie-complète par fibrillation

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV



**Bilan médicamenteux optimisé  
GUIDE PRATIQUE  
à l'intention des préparateurs en pharmacie**



auriculaire  
TachyC : tachycardie  
TCA : temps de céphaline activée  
TEP : tomographie par émission de positon  
TG : triglycérides  
TGO : transaminase glutamo oxaloacétique  
TGP : transaminase glutamo pyruvique  
THS : traitement hormonal substitutif  
TNM : classification tumor nodes metastasis (tumeur primitive, adénopathies régionales, métastases)  
TP : taux de prothrombine  
TQ : temps de Quick  
TR : toucher rectal  
Trauma : traumatisme  
Trble : trouble  
TRH : thyrotropin releasing hormone (protiréline)  
TRT : traitement  
TS : tentative de suicide  
TSA : tronc supra-aortique  
TSH : thyroïd stimulating hormone (thyrostimuline)  
TTT : traitement  
TV : toucher vaginal OU tachycardie ventriculaire  
TVP : thrombose veineuse profonde, phlébite : TVP du MInf

**U**

UGD : ulcère gastro-duodéal  
USI : Unité de soins intensifs

**V**

VAC : ventilation assistée contrôlée  
VBEH : voies biliaires extra-hépatiques  
VBIH : voies biliaires intra-hépatiques  
VCI : veine cave inférieure  
VCS : veine cave supérieure  
VD : ventricule droit  
VEMS : volume expiratoire maximum par seconde  
VES : volume d'éjection systolique  
VG : ventricule gauche  
VGM : volume globulaire moyen  
VIH : virus de l'immunodéficience humaine (HIV, virus du SIDA)  
VLDL : very low density lipoproteins (lipoprotéines de très faible densité)  
VM : ventilation mécanique  
VNI : ventilation non invasive  
VS : vitesse de sédimentation  
VSH : veines sus-hépatiques  
VVC : voie veineuse centrale  
VVP : voie veineuse périphérique

REDACTION	VALIDATION
Groupe Projet CONCIMED	Pour le groupe : Dr G DE GUIO, médecin GHSV