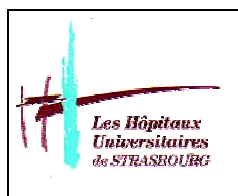


Groupe Hospitalier Saint-Vincent
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Avril 2015

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

Définitions	3
Chapitre 1 : La conciliation des traitements médicamenteux	5
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
Chapitre 2 : Les préparateurs en pharmacie et le bilan médicamenteux optimisé (BMO)	8
2.1 Qualités requises	8
2.2 Objectifs visés.....	8
2.3 Tâches que peuvent effectuer les préparateurs	9
2.4 Les erreurs	15
Chapitre 3 : Comment rédiger le BMO?	16
3.1 Étapes et informations à écrire dans le BMO.....	16
Chapitre 4 : Le pharmacien	17
4.1 Ses tâches	17
Références	18
Annexe	19
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^{ère} 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

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

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

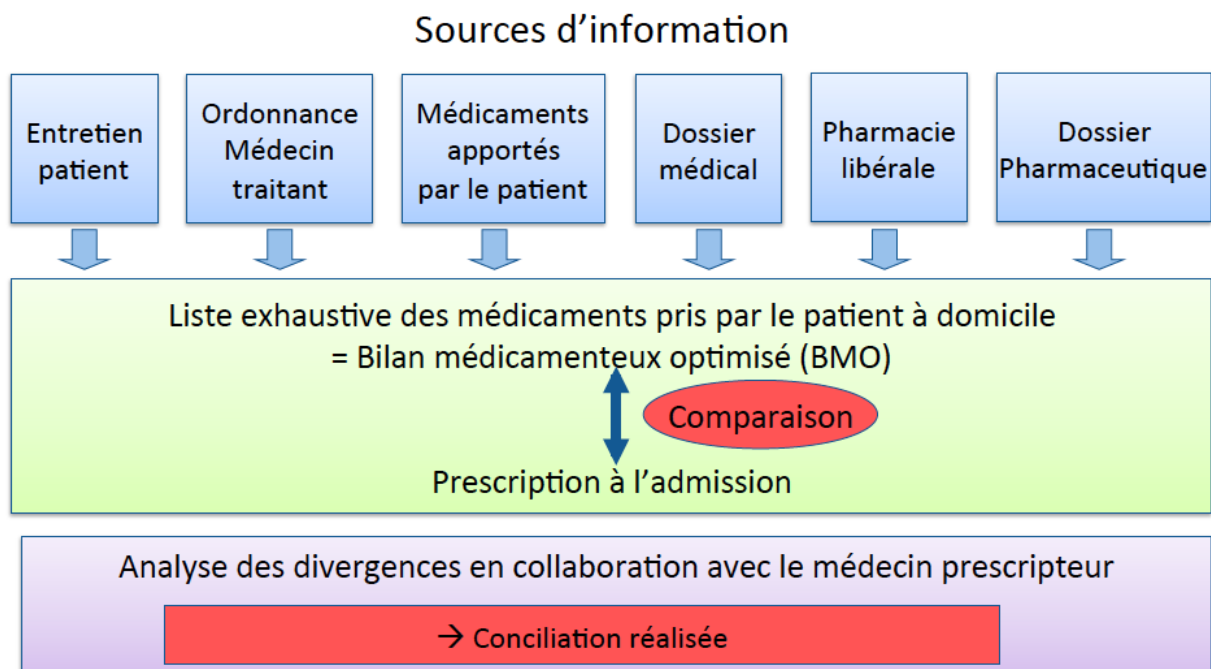
La sortie est un moment critique de l'épisode de soins qui se produit à la fin de l'hospitalisation du patient.

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

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 BMO¹. Pippins et coll., quant à eux, ont observé que 75 % des événements iatrogènes liés aux médicaments se produisaient au départ de l'hôpital du patient².

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 médicamenteux³. 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 CTM⁴. 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 erronée⁵.

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 pharmaciens⁶. 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>Bilan médicamenteux optimisé GUIDE PRATIQUE à l'intention des préparateurs en pharmacie</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.

REDACTION	VALIDATION
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 délégués⁸ en vue de la réalisation des BMO.

Tiré du guide A.P.E.S. BCM 2009⁷

- 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 patient⁷.

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.

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**



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.



REDACTION	VALIDATION
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.
- Incrire 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.

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

 <p>Les Hôpitaux Universitaires de STRASBOURG</p>	<p>Bilan médicamenteux optimisé GUIDE PRATIQUE à l'intention des préparateurs en pharmacie</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.

REDACTION	VALIDATION
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

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



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



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

P

PAC : pontage aorto-coronaire
PaCO₂ : pression artérielle partielle en dioxyde de carbone
PAL : phosphatases alcalines
PaO₂ : 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 : SaO₂ : 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