



## Synthèse des recommandations pour les supports uniques de prescription en attendant l'informatisation

But: Diminuer la retranscription

- Prescription et administration sur le même support
- Standardisation des différents supports existants dans l'établissement: base commune avec cependant possibilité d'une partie spécifique pour certaines prescriptions (ex protocole insuline) ou des plateaux techniques particuliers. Les supports devront toutefois être identiques pour des besoins proches (ex: réanimation/soins intensifs ou blocs/SSPI/salles de réveil)
- Réévaluation du traitement à l'entrée et prescription de l'intégralité des traitements par un médecin (y compris les traitements habituels du patient)
- Dates de prescription et d'administration
- Identification du prescripteur par son nom **et** sa signature (ou signature électronique)
- Identification de l'infirmière assurant l'administration par ses initiales
- Nom, forme, dosage, posologie, et voie d'administration pour chaque médicament
- Délimitation administration matin/midi/soir/nuit
- Date d'arrêt de traitement avec identification du prescripteur
- Durée idéale de prescription/administration par feuille: 5 à 7 jours
- Format A3 plus lisible
- Traitements habituels prescrits sur le support unique
- Eventuellement zones préétablies pour délimiter les traitements Per Os/ IV ...en laissant suffisamment de place en fonction des services

Ne pas marquer traitement personnel, écrire plutôt traitement habituel.

A noter que le traitement personnel doit être re prescrit. D'autre part, une réévaluation du traitement à la sortie doit être effectuée pour l'adapter à la ville : point sur les médicaments arrêtés ou ajoutés (source de iatrogénie).