

## PROCÉDURE

### COMMANDE DE REMPLACEMENT D'UN MÉDICAMENT POUR CLIENTÈLE EN CLSC

**ÉLABORÉE PAR :** Fabiola Vancol-Fable, Chef de secteur des services courants SLSM et LT  
**DESTINATAIRES :** Personnel infirmier des CLSC du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal  
Personnel des pharmacies des installations de Pointe de l'île, de Lucille Teasdale et de Saint-Léonard et Saint-Michel

#### 1. OBJECTIFS

Assurer le remplacement, par le département de pharmacie du CIUSSS, d'un médicament fourni par un usager, et ce, suite à un bris ou à une perte de ce médicament par un membre du personnel infirmier du CLSC.

#### 2. PROCÉDURE

A. Dès l'incident (bris ou perte du médicament), l'assistante au supérieur immédiat du CLSC communique sans tarder avec un pharmacien de la pharmacie de ses installations pour s'assurer que le produit peut être commandé et pour convenir d'une date/heure de cueillette.

CSSS LT : 514-251-6000 poste 46026  
CSSS PDI : 514-353-1227 poste 75161  
CSSS SLSM : 514-722-3000 poste 2150

B. L'infirmière de l'usager complète le formulaire « Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC » (voir formulaire en annexe 1) en indiquant les informations suivantes :

- Le nom et prénom de l'usager ainsi que son numéro d'assurance maladie ;
- Le nom du commissionnaire, en tant que personne autorisée à venir chercher le produit à la pharmacie ;
- La date/heure de la cueillette déterminée (s'informer auprès de l'assistante au supérieur immédiat) ;
- Le nom du médicament ou des médicaments concerné(s) ;
- La dose et présentation ;
- Le nombre de dose à remplacer ;
- La date prévue de la prochaine administration ;
- La raison de la demande de remplacement ;
- Son nom en lettres moulées ainsi que son # de téléphone en cas de besoin de communication ;
- Sa signature et son # de permis de pratique en tant que responsable de la demande.

C. L'infirmière responsable de l'usager achemine par télécopieur le formulaire « Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC » et la copie de la prescription médicale à la pharmacie.

- D. Dès la réception du formulaire « Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC », la pharmacie y inscrit la date de réception du document.
- E. La pharmacie prépare le médicament au temps opportun en s'assurant de respecter la date/heure de la cueillette préalablement établie entre l'assistante au supérieur immédiat du CLSC et le personnel de la pharmacie
- F. À la date prévue de la cueillette, l'infirmière responsable de l'utilisateur doit :
- Préparer le matériel suivant :
    - Une petite glacière incluant un accumulateur de froid (ice pack) si la médication doit être gardée au froid ;
    - L'original du formulaire « Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC » ;
  - Appeler le commissionnaire qui dessert le CLSC ou un taxi et l'informer des directives. (Dans le cas où un taxi assure la cueillette, informer le chauffeur qu'il sera payé à son retour.)
- G. Le commissionnaire doit :
- a. se présenter à la pharmacie à l'heure prévue,
  - b. remettre l'original du formulaire « Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC » dûment complété au personnel de la pharmacie,
  - c. récupérer le(s) médicament(s) concerné(s),
  - d. signer le formulaire de confirmation de cueillette,
  - e. acheminer le médicament le plus rapidement possible au CLSC.

**23 février 2017**

## PROCÉDURE

### COMMANDE DE REMPLACEMENT D'UN MÉDICAMENT POUR CLIENTÈLE EN CLSC

ANNEXE 1

Date de réception à la pharmacie (complété par la pharmacie): \_\_\_\_\_

Télécopieur :

- CSSS LT (514) 251-8849                      Nom. Prénom : \_\_\_\_\_
- CSSS PDI (514) 353-7197                      # Dossier : \_\_\_\_\_
- CSSS SLSM (514) 490-2415                      DDN : \_\_\_\_\_

#### **Demande de remplacement d'un médicament pour clientèle en CLSC**

Personne autorisée à venir chercher le ou les médicaments : \_\_\_\_\_

Date/heure de la cueillette : \_\_\_\_\_

Nom, dose et présentation du médicament ou des médicaments à remplacer :

- A) \_\_\_\_\_
- B) \_\_\_\_\_
- C) \_\_\_\_\_
- D) \_\_\_\_\_

Nombre de doses à remplacer :

- A) \_\_\_\_\_
- B) \_\_\_\_\_
- C) \_\_\_\_\_
- D) \_\_\_\_\_

Date prévue de la prochaine administration :

- A) \_\_\_\_\_
- B) \_\_\_\_\_
- C) \_\_\_\_\_
- D) \_\_\_\_\_

Raison de la demande de remplacement  : Bris  : Erreur de préparation  : autres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom, Prénom de l'infirmière (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature de l'infirmière

N° de permis : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**La cueillette aura lieu à la pharmacie (entre 8h et 16h LUN-VEN):**

- CSSS LT      CHSLD Jeanne-Leber, 7445 rue Hochelaga, MTL, H1N 2V2
- CSSS PDI      CHSLD Joseph Triest, 4900, boul Lapointe, MTL, H1K 4W9
- CSSS SLSM      CHSLD J.-F.-Perreault, 7400, boul St-Michel, MTL, H2A 2Z8

**Signature du commissionnaire lors de la prise de possession du médicament :**