

PROCES VERBAL DU CONTRÔLE SEMESTRIEL DE L'ARMOIRE DE  
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET DE L'ADMINISTRATION DES  
MÉDICAMENTS DANS L'UNITÉ DE SOINS

Année 20....

Semestre 1

Semestre 2

U.F. : .....

Cadre de santé :

.....

Date du contrôle :

...../...../.....

Armoire de Médicaments, piluliers et semainiers

SECURITE	
Armoire fermée à clé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Coffre des stupéfiants verrouillé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

RANGEMENT de l'ARMOIRE DE MEDICAMENTS :	
Classement par forme pharmaceutique	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Classement par ordre alphabétique	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dotation minimale respectée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contrôle inventaire physique/ informatique tous les mois à minima	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Étiquettes médicaments en DCI distribuées par la PUI	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contre-étiquettes distribuées par la PUI : « Solution hypertonique », « Attention dosage »	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contre-étiquettes anticancéreux distribuées par la PUI : « manipuler avec des gants, ne pas écraser »,	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Date de péremption et n° de lot conservés	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Formes orales sèches : un seul blister entamé à la fois	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de médicaments différents dans un même compartiment	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de dosages différents dans un même compartiment	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Formes injectables photosensibles protégées de la lumière	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement spécifique du Chlorure de potassium injectable	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Point de stockage unique sauf chariot d'urgence	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
CLOZAPINE : traitement nominatif pour chaque patient	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Aucun périmé retrouvé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

CHARIOT D'URGENCE & SAC D'URGENCE	
Contrôle mensuel du chariot réalisé et tracé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Planning de contrôle IDE/AS du chariot affiché	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Trousses pour les sorties < 24h : contrôle mensuel réalisé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Contrôle mensuel du sac de B1 réalisé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

REFRIGERATEUR POUR LES MEDICAMENTS	
Présence d'une sonde d'enregistrement des températures ou d'un thermomètre si procédure dégradée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Surveillance des températures 2 fois par jour par l'unité	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylos injectables non entamés ex : Insuline...	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de présence d'aliments	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Conduite à tenir en cas d'excursion des températures en dehors des limites connue	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

HYGIENE	
Armoire visuellement correcte extérieurement	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage extérieur tracé tous les mois	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Hygiène bacs intérieurs armoire visuellement correcte	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage des bacs intérieurs tous les 6 mois tracé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage piluliers et semainiers tous les 6 mois tracé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Nettoyage réfrigérateur tous les mois tracé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Dégivrage tous les trimestres si nécessaire	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

CHARIOT de DISPENSATION JOURNALIERE	
Pilulier : traitement conforme à la dernière prescription	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Gestion des homonymies satisfaisante	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Identification patient : Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Traitement non déconditionné jusqu'à administration	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

ARMOIRES A SEMAINIERS	
Semainiers conformes	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Sur chaque pilulier figure le jour de la semaine	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Gestion des homonymies satisfaisantes	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Identification patient : Nom, Prénom, Sexe, Date de naissance	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Traitement non déconditionné jusqu'à administration	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

AUTRES RANGEMENTS de PRODUITS PHARMACEUTIQUES	
Détention de liquides inflammables maximum 3 litres	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

RANGEMENT DES TRAITEMENTS PERSONNELS	
Sous clef	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement dans un compartiment nominatif par patient	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Avec la feuille d'inventaire complétée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de médicament périmé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Pas de traitement conservé après la sortie du patient	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

MÉDICAMENTS A RISQUE	
Dernière version de la liste des MAR affichée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Logo MAR sur les séparateurs	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Savez-vous qui valide la liste des MAR	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

PREPARATION	
Préparation des gouttes moins de 30 mn avant administration	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Date d'ouverture gouttes buv notée si flacon entamé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Zone de préparation des injectables identifiée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylo insuline entamés avec nom et prénom du patient	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Stylo insuline entamés avec date ouverture < 1 mois ou 6 semaine selon spécialité	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Préparation réalisée à partir d'HM	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Ecrasement des comprimés EXTEMPORANE si écrasement	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

ADMINISTRATION	
Pas de mélange des gouttes dans le même gobelet	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Usage externe : date d'ouverture et nom du patient notés si flacon/tube entamé	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Traçabilité de l'administration en temps réel	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangement par ordre alphabétique des médicaments conditionnels dans le chariot de distribution	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Rangements séparés des médicaments conditionnels dans le chariot de distribution	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

<b>AFFICHAGES OBLIGATOIRES</b>	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--

SECURISATION COMPLEMENTAIRE DE LA PREPARATION ET DE L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS	
Contrôle conforme de l'identité du patient lors de l'administration	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Double contrôle pour les traitements concernés	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Règle des 5B appliquée	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Si édition des prescriptions : le document édité pour la préparation et l'administration correspond à la dernière modification de la prescription	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

GESTION DE L'INTERRUPTION DE TACHE PENDANT LA PREPARATION ET L'ADMINISTRATION	
Fermeture de la pharmacie pendant la préparation des médicaments (ardoise, pancarte, ...)	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Port du gilet fluorescent lors de l'administration	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Téléphone confié à un collègue	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Autre(s) disposition(s) mise(s) en place	C <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>
Poster « interruption de tâches » affiché	C <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>

**Observations** (Points à améliorer) :

Présences lors de la visite de contrôle en date du .....

Cadre de Santé ou infirmier(e)

NOM Prénom .....

Signatures .....

**Validation des conclusions de la visite de contrôle :**

Médecin responsable de l'unité de soins

NOM Prénom .....

Signature .....

Date de la dernière visite : .....

Contrôle Préparateur (trice)

.....

.....

Pharmacien(ne) présent(e) oui  non



Indicateurs