

Annexe

Évaluation des interventions du pharmacien dans trois secteurs cliniques différents (cardiologie, pneumologie et médecine interne) selon le modèle traditionnel et le modèle décrit dans la nouvelle offre de soins pharmaceutiques de l'IUCPQ-UL. *Pharmactuel* 2018;51:170-9.

Offre de soins pharmaceutiques adaptée de l'offre générale de soins de l'IUCPQ-UL pour les secteurs de la médecine interne, de la pneumologie et de la cardiologie.

Consultations / interventions systématiques

Critères de consultation / interventions

Usager présentant une condition médicale particulière (population vulnérable) :

- sous traitement actif contre le cancer (IV) durant l'hospitalisation (immunothérapie ou chimiothérapie)
- femme enceinte ou qui allaite
- enfant de moins de 18 ans
- usager obèse morbide avec IMC supérieur à 60 kg/m²

Présence d'un médicament à index thérapeutique étroit OU nécessitant un dosage particulier :

- aminosides et vancomycine (non suivi par infectiologie)
- lithium
- HFPM (lorsqu'un anti-Xa est justifié selon les recommandations entérinées par l'IUCPQ-UL)
- voriconazole / posaconazole

Usager dont une divergence importante a été décelée lors de la réalisation du BCM

Usager présentant une interaction médicamenteuse significative (p. ex. : rifampicine, daptomycine, linézolide, « azoles », immunosuppresseurs (tacrolimus, cyclosporine, sirolimus et évérolimus), clarithromycine, antirétroviraux, méthadone, etc.)

Usager nécessitant une autre voie d'administration de médicaments (p. ex. : gavage, prise de comprimés impossible, etc.)

Surveillance de la pharmacothérapie d'un usager sous clozapine

Médicament non disponible à l'IUCPQ-UL (p. ex. : rupture d'approvisionnement ou absent du formulaire de l'IUCPQ-UL)

Usager anticoagulé qui doit être confié à la clinique d'anticoagulothérapie de l'IUCPQ-UL (Fragmin^{MD}/ Coumadin^{MD}, « corridor de sécurité » ou désanticoagulation)

Usager recevant un traitement pour lequel une continuité particulière des soins doit être assurée lors du transfert ou du départ :

- milrinone
- analgésie sous-cutanée continue
- ATIVAD (Antibiothérapie intraveineuse à domicile) où l'accès au médicament est complexe (patient ou médicament d'exception, coût du médicament, délais de livraison, etc.)

Intervention auprès de l'usager ou de sa famille chez :

- usager sous traitement actif contre le cancer (IV) débuté à l'IUCPQ-UL (thérapie ciblée ou chimiothérapie)
 - usager qui débute un médicament du Programme d'accès spécial (PAS)
-

Critères de consultation / interventions

Usager présentant une condition médicale particulière (population vulnérable) :

- antécédent de greffe
- insuffisance rénale (TFGe inférieur à 30 mL/min/1,73 m²)
- usager obèse morbide avec IMC entre 40 et 59,9 kg/m²
- hépatite ou cirrhose sévère (de Child B ou C)
- chirurgie bariatrique (DBP ou Y-de-roux)
- fibrose kystique (FK) / greffe pulmonaire
- VIH/SIDA

Présence d'un médicament à index thérapeutique étroit ou nécessitant un dosage particulier :

- anticonvulsivant (acide valproïque et phénytoïne)
- digoxine
- théophylline
- immunosuppresseurs (tacrolimus, cyclosporine, sirolimus et évérolimus)

Usager recevant un traitement dont la continuité doit être assurée lors du transfert ou du départ :

- médicament nécessitant des démarches particulières (clozapine, méthadone)
- médicament du Programme d'accès spécial (PAS)
- thérapie novatrice, atypique ou de recherche

Surveillance de la pharmacothérapie d'un usager sous méthadone

Usager orienté vers le Programme de surveillance et de déclaration des réactions indésirables

Usager ayant présenté une réaction allergique sévère nécessitant une désensibilisation à un médicament durant son hospitalisation

Intervention auprès de l'usager ou de sa famille chez l'usager sous traitement actif contre le cancer (PO) débuté à l'IUCPQ-UL (thérapie ciblée ou chimiothérapie)

Usager ciblé par un Programme d'autoadministration des médicaments

Offre de soins générale 23 février 2018

Abréviations : ATIVAD : antibiothérapie intraveineuse à domicile; BCM : bilan comparatif des médicaments; DBP : dérivation biliopancréatique; FK : fibrose kystique; HFPM : héparine de faible poids moléculaire; IMC : indice de masse corporelle; IUCPQ-UL : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval; IV : intraveineux; kg : kilogramme; m² : mètre carré; mL : millilitre; min : minute; PAS: programme d'accès spécial; PO: par la bouche; TFGe : taux de filtration glomérulaire estimé; SIDA : syndrome d'immunodéficience acquis; VIH : virus de l'immunodéficience humaine

L'autorisation de publier cette offre de service a été obtenue du directeur des services professionnels de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Échelle utilisée pour la quantification de l'impact clinique des interventions réalisées

Nature du problème / Impact de l'intervention	Mineur	Significatif	Majeur
1. Dose trop élevée index thérapeutique étroit.		Dose 1,5 à 4 fois supérieure à la dose usuelle ou que l'utilisateur prend à domicile.	Dose au moins 4 fois supérieure à la dose usuelle ou que l'utilisateur prend à domicile. La dose utilisée qui pourrait résulter en des concentrations potentiellement toxiques.
2. Dose trop élevée index thérapeutique normal.	Dose 1,5 à 4 fois supérieure à la dose usuelle pour la condition du patient ou que le patient prend à domicile, dose qui ne devrait pas occasionner de symptômes, mais pouvant occasionner de l'inconfort.	Dose 1,5 à 10 fois supérieure à la dose usuelle ou que l'utilisateur prend à domicile et qui peut occasionner des symptômes.	Dose au moins 10 fois supérieure à la dose usuelle ou que l'utilisateur prend à domicile.
3. Dose trop faible.	Dosage trop faible pour la condition du patient, ne causant aucun symptôme, mais pouvant occasionner de l'inconfort.	Dosage trop faible pour la condition du patient pouvant occasionner des symptômes, mais ne menaçant pas sa survie ou ne constituant pas une condition clinique aiguë.	Dose trop faible d'un médicament pouvant sauver la vie d'un patient ou pris pour une maladie grave par un patient présentant une condition clinique aiguë.
4. Voie d'administration ou formulation inappropriées.	Erreur dans la formulation du produit sans intolérance du patient à l'une ou l'autre des formulations (p. ex. : prescription de comprimés de Naproxen entériques plutôt que des comprimés ordinaires pris à domicile).	Usage d'une voie d'administration ou d'une forme pharmaceutique qui pourrait mener à une toxicité légère ou à de l'inconfort pour l'utilisateur (p. ex. : emploi de la voie intraréctale pour un usager souffrant d'hémorroïdes, emploi de la voie intraveineuse alors que la voie orale serait appropriée, utilisation de gros comprimés pour patient dysphagique, etc.).	Voie d'administration qui pourrait mener à une toxicité sévère.
5. Précaution / contre-indication liée à l'emploi.		Le médicament pourrait exacerber l'une des conditions de santé du patient, mais un suivi plus étroit rend acceptable la prise du médicament de manière sécuritaire (précaution, contre-indication relative) (p. ex. : prescription d'un bêta-bloquant à patient souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, prescription d'une statine ou d'un diurétique thiazidique à un patient diabétique, etc.).	Risque élevé d'effets indésirables pouvant menacer la vie (médicament ayant un haut potentiel de causer un arrêt cardiopulmonaire à la dose prescrite ou pouvant causer une anaphylaxie à la lumière de l'histoire médicale du patient par exemple). Le médicament pourrait exacerber la condition du patient à un point tel qu'il faut en éviter la prise (contre-indication absolue, interaction médicament-maladie, etc.) (p. ex. : prescription d'un diurétique en contexte d'insuffisance rénale aiguë).
6. Interactions médicamenteuses.	Interaction potentielle dont la signification clinique est peu décrite.	Interaction cliniquement significative nécessitant un suivi (p. ex. : emploi concomitant d'un antiplaquettaire et d'un anticoagulant). Duplication thérapeutique ou association de médicaments non optimale, mais qui ne devrait pas engendrer des conséquences majeures sur les activités journalières (p. ex. : emploi concomitant de ranitidine et de pantoprazole).	Interaction suffisamment grave pour que l'emploi concomitant des deux médicaments soit contre-indiqué ou interaction qui peut entraîner des conséquences majeures sur les activités journalières (p. ex. : emploi concomitant de 2 AINS, emploi concomitant de nitrates avec des inhibiteurs de la phosphodiésterase 5, etc.).
7. Prise d'un médicament sans indication médicale valable.	Prescription d'un médicament sans indication médicale valable, mais qui ne devrait pas entraîner de signes ni de symptômes indésirables à court terme pour le patient (p. ex. : prescription d'une crème de cortisone que le patient n'utilise pas à domicile).	Prise d'un médicament sans indication médicale valable qui pourrait entraîner des signes et symptômes indésirables associés à un risque faible, mais n'affectant pas les activités journalières (prescription d'aspirine à faible dose en l'absence d'indication formelle, prescription d'une statine en prévention primaire à patient très âgé, d'un inhibiteur de la pompe à protons en l'absence d'indication, etc.).	Prise d'un médicament sans indication médicale valable et qui peut entraîner des effets indésirables associés à un risque élevé pouvant entraîner des conséquences majeures sur les activités journalières ou même le décès (p. ex. : prescription d'un hypoglycémiant oral à patient non diabétique, d'un antihypertenseur à un patient normotendu, etc.).
8. Omission d'un médicament.	Omission d'un médicament n'occasionnant aucun dommage pour l'utilisateur (p. ex. : omission d'un produit de santé naturel ou d'acétaminophène pris au besoin à domicile). Omission d'un médicament apparaissant pourtant au BCM.	Omission d'un médicament pouvant entraîner des symptômes, mais qui n'influenceront pas les fonctions journalières (p. ex. : omission de médicaments servant au contrôle de l'angine, de l'asthme, etc.) ou omission d'ajouter un médicament pouvant contribuer au soulagement de symptômes (p. ex. : omission d'ajout d'un analgésique en présence de douleur persistante).	Omission ou mauvais dosage d'un médicament pouvant entraîner des symptômes de sevrage ou dont l'arrêt pourrait engendrer la mort ou des conséquences sérieuses sur la santé (omission de prescription de warfarine, d'amiodarone, d'un anticonvulsivant, etc.).

Nature du problème / Impact de l'intervention	Mineur	Significatif	Majeur
9. Heure d'administration.	Administration d'un médicament à une heure autre que l'heure habituelle, modification de l'horaire de prise jugée pertinente pour potentialiser la médication (p. ex. : suggérer un décalage entre la prise d'un supplément de calcium et de fer par un patient qui prend les deux produits de façon concomitante à domicile) ou changement de la journée d'administration d'un médicament à prise hebdomadaire.		
10. Allergies / intolérances.	Suspicion d'intolérance à un médicament ou à une forme pharmaceutique.	Prescription d'un médicament ou d'une forme pharmaceutique ayant occasionné une intolérance à l'utilisateur par le passé (p. ex. : prescription d'aspirine non enrobée à un usager ayant des problèmes digestifs avec cette formulation, prescription d'une statine ayant occasionné des myalgies à l'utilisateur par le passé, etc.).	Allergie au médicament décrite dans la littérature scientifique.
11. Nécessité d'effectuer un suivi de la thérapie.	Omission du suivi de paramètres physiologiques ou symptômes qui ne sont pas directement liés au contexte clinique de l'épisode de soins actifs.	Nécessité d'effectuer un suivi pour assurer le maintien du dosage d'un médicament dans l'intervalle thérapeutique défini en l'absence de signes de toxicité manifestes ou de facteurs de risque de toxicité pour l'utilisateur (p. ex. : dosage de tobramycine pour un patient sans comorbidités préexistantes). Omission du suivi d'un paramètre physiologique ou d'un symptôme d'importance compte tenu du contexte clinique (p. ex. : omission de prescription d'un bilan hépatique pour un patient recevant un antifongique azolé pour un traitement de longue durée).	Nécessité d'effectuer un suivi pour assurer le maintien du dosage d'un médicament à l'intérieur de l'intervalle thérapeutique défini en présence de signes de toxicité manifestes ou de facteurs de risque de toxicité pour l'utilisateur (p. ex. : suivi de la lithémie d'un patient qui présente des signes évoquant une intoxication au lithium, dosage d'amikacine pour patient insuffisant rénal, etc.).
12. Autres interventions à des fins d'optimisation de la thérapie.	Nécessité de clarifier auprès du prescripteur la durée d'un traitement (p. ex. : prescription pour une durée indéterminée d'un traitement antibiotique ou d'une triple thérapie prescrite pour une durée indéterminée). Prescription d'un médicament non optimal dans le contexte du patient, mais n'influençant pas la réponse clinique.	De manière générale, la non-intervention entraîne ou pourrait entraîner des signes et symptômes, qui ne menacent pas la survie ou n'ont pas de conséquences sérieuses. Prescription d'un médicament non optimal pour un patient, pouvant influencer la réponse clinique ou exposer le patient à certains inconvénients (p. ex. : choix d'un antibiotique à large spectre pour un patient n'ayant pas besoin d'une couverture aussi large).	De manière générale, la non-intervention entraîne ou pourrait entraîner des signes et symptômes pouvant causer la mort ou des conséquences sérieuses sur la santé du patient s'ils ne sont pas traités.
13. Inobservance du traitement.	Impact clinique non déterminé.		
14. Réponse à une question de l'équipe traitante.	Impact clinique non déterminé.		
15. Conseil au patient.	Impact clinique non déterminé.		

Abréviations : AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; BCM : bilan comparatif des médicaments

Adaptée de : Blanchet M. Évaluation de l'impact clinique de la réalisation d'un bilan comparatif des médicaments au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec. *Pharmactuel*. 2010;43:188-95.

Overhage M, Lukes A. Practical, reliable comprehensive method for characterizing pharmacists' clinical activities. *Am J Health-Syst Pharm*. 1999;56:2444-50.

Pippins J, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD, Labonville SA, Diedrichsen EK, Carty MG, et coll. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. *J Gen Intern Med*. 2008;23 :1414-22.

Caractéristiques des patients de l'étude (n = 89)

Âge moyen	années (écart)
	72 (37-97)
Sexe	n (%)
Hommes	55 (62)
Femmes	34 (38)
Durée de l'hospitalisation moyenne	jours (écart)
	14 (3-140)
Durée de l'hospitalisation médiane	jours
	9
Diagnostic principal lors de l'hospitalisation	n (%)^a
• Insuffisance cardiaque	11 (12)
• Syndrome coronarien aigu	11 (12)
• Pneumonie ou surinfection en fibrose kystique	11 (12)
• Exacerbation de la maladie pulmonaire obstructive chronique	10 (11)
• Néoplasie ou suspicion de néoplasie	8 (9)
• Infections non d'origine pulmonaire	4 (5)
• Douleur thoracique d'étiologie indéterminée	4 (5)
• Problématique gastro-intestinale	3 (3)
• Pathologie cardiaque valvulaire	3 (3)
• Maladie hépatique/pancréatique	2 (2)
• Fibrillation auriculaire ou autres arythmies	2 (2)
• Insuffisance respiratoire	2 (2)
• Hyperthermie	2 (2)
• Complications du diabète	6 (7)
Décès au cours de la période à l'étude	5 (6)

Abréviation : n : nombre

^a La somme des pourcentages totalise 98 % et non 100 % en raison des arrondissements

Interventions réalisées lors de l'étude, associées à un impact clinique significatif, non incluses dans la nouvelle offre de soins pharmaceutiques de l'IUCPQ-UL

Interventions réalisées	Secteur clinique
1. Suppression de l'atorvastatine pour une patiente âgée, en prévention primaire.	Cardiologie
2. Précision de la durée de traitement : triple thérapie prescrite pour 1 an sur l'ordonnance de départ, sans mention de retrait de l'aspirine après 3 mois et du clopidogrel après 12 mois.	Cardiologie
3. Proposition faite au médecin de supprimer l'aspirine (patient anticoagulé, MCAS stable).	Cardiologie
4. Suggestion de réintroduction de la spironolactone.	Cardiologie
5. Suggestion de retirer l'aspirine, car aucun événement cardiovasculaire antérieur, et échographie transthoracique normale.	Cardiologie
6. Ajout d'une thromboprophylaxie.	Cardiologie
7. Suggestion de supprimer la daltéparine.	Cardiologie
8. Suggestion de supprimer l'aspirine, car coronarographie normale et aucun événement cardiovasculaire antérieur.	Cardiologie
9. Suggestion d'augmenter la dose de potassium.	Cardiologie
10. Suggestion de diminuer polyéthylène glycol 3350 (selles liquides).	Médecine interne
11. Discussion avec l'équipe sur la pertinence de garder un antiplaquettaire (en plus de l'anticoagulant) étant donné que l'origine de l'accident cérébrovasculaire est inconnue.	Médecine interne
12. Suggestion de supprimer la métolazone hebdomadaire (la patiente ne la prenait pas à domicile, mais l'agent a été represcrit ici).	Médecine interne
13. Avis à l'équipe traitante que la patiente fait des hypoglycémies à domicile avec ses insulines.	Médecine interne
14. Suggestion faite à l'équipe traitante de réévaluer la pertinence de la double thérapie antiplaquettaire (pas d'indication franche quant à son utilisation).	Médecine interne
15. Suggestion de supprimer le pantoprazole (pas d'indication franche en faveur de son emploi).	Médecine interne
16. Suggestion faite à l'équipe de prévoir un bilan hépatique à l'externe étant donné la poursuite d'un traitement de terbinafine oral.	Médecine interne
17. Suggestion de reprendre IECA en cours d'hospitalisation étant donné que le patient a une maladie coronarienne athérosclérotique.	Médecine interne
18. Retrait des timbres de nitroglycérine du BCM, car ce traitement n'aurait jamais été entrepris à domicile.	Médecine interne
19. Suggestion d'effectuer un sevrage de quétiapine dans un contexte de retour à domicile imminent et du fait que ce médicament n'est pas requis à domicile.	Médecine interne
20. Suggestion de represcrire le dexlansoprazole (ordonnance verbale à l'origine, qui n'est donc plus valable).	Médecine interne
21. Bilan hépatique perturbé. Suggestion de suspendre la statine.	Médecine interne
22. Bilan hépatique perturbé et fréquence cardiaque basse. Suggestion de suspendre le carvedilol ou de le remplacer par un bêtabloquant moins éliminé par le foie.	Médecine interne
23. Suggestion de réévaluer la pertinence du pantoprazole (augmente le risque de péritonite bactérienne spontanée chez un patient avec cet antécédent).	Médecine interne
24. Aviser l'équipe traitante que le patient ne prenait plus l'aspirine à domicile (mais n'avait pas été prescrite à l'admission).	Médecine interne
25. Suggestion d'augmenter la dose de prégabaline pour un meilleur contrôle de la douleur (mais suivi assumé en parallèle par les soins palliatifs).	Médecine interne
26. Avis à l'équipe concernant la prise suprathérapeutique d'acétaminophène (lien possible avec la raison de l'admission, qui était une pancréatite).	Médecine interne
27. Suggestion de préciser la durée de traitement de l'hydromorphone à libération prolongée prévue initialement par le médecin de famille d'un mois.	Médecine interne
28. Suggestion de suspendre l'énoxaparine dans un contexte de baisse marquée de l'hémoglobine et de suspicion de saignement.	Médecine interne
29. Suggestion faite à l'équipe traitante d'attendre avant de reprendre la statine pour un patient ayant un bilan hépatique toujours perturbé.	Médecine interne
30. Suggestion de réévaluer les doses d'hydralazine pour un patient nouvellement connu pour souffrir d'hypotension orthostatique.	Médecine interne
31. Suggestion de reprendre le supplément de calcium <i>per os</i> dans un contexte d'hypocalcémie.	Pneumologie
32. Diminution de la dose de la thromboprophylaxie (pour l'énoxaparine 30 mg par voie sous-cutanée une fois par jour) vu le faible poids.	Pneumologie
33. Suggestion d'augmenter la posologie de Tiotropium administré à l'aide du dispositif RespiMat ^{MD} à posologie usuelle (avait été prescrit à raison d'une inhalation une fois par jour et posologie usuelle de 2 inhalations une fois par jour).	Pneumologie
34. Suggestion de reprendre la spironolactone pour une patiente qui en prenait 200 mg <i>per os</i> une fois par jour régulièrement et non au besoin selon la prescription à domicile. Prescrit ici au besoin et non fourni pour le moment, avec début de signes de surcharge chez la patiente.	Pneumologie
35. Suggestion de suspendre le bêtabloquant quelques jours (reçoit dose test de méropénèm, avec un antécédent d'allergie au dossier et de l'épinéphrine au chevet).	Pneumologie

Interventions réalisées	Secteur clinique
36. Clarification des allergies (allergies à l'aspirine et au célécoxib inscrites dans le dossier et dans GesphaRx). Au final, la patiente n'aurait aucune allergie.	Pneumologie
37. Ajout d'une thromboprophylaxie.	Pneumologie
38. Analyse des médicaments qui augmentent le risque de chute : suggestion de remplacer la méthotriméprazine prise au coucher régulièrement par le lorazépam à prendre au besoin au coucher.	Pneumologie
39. Patiente avec faible poids (39 kg) et acétaminophène prescrit à la dose de 4 g/jour. Dose diminuée à 2600 mg/j.	Pneumologie
40. Suggestion à l'équipe traitante de procéder au sevrage de la prednisone par voie orale (antibiotiques terminés, départ le lendemain).	Pneumologie
41. Suggestion de supprimer le supplément de bicarbonate prescrit depuis 3 mois (bicarbonates à 36 présentement). Toujours présent dans les ordonnances, mais mention dans les notes d'évolution de le supprimer lorsque les bicarbonates étaient supérieurs à 24.	Pneumologie
42. Suggestion de garder un seul antipsychotique et d'en optimiser la dose pour un patient ayant 2 antipsychotiques au coucher à petites doses.	Pneumologie
43. Suivi du niveau de potassium (augmentation de la dose de sulfonate de polystyrène sodique la semaine précédente). Le dosage de ce jour était à 5,4 mmol/L, donc suggestion d'attendre le prochain contrôle avant d'augmenter la dose.	Pneumologie
44. Suggestion de supprimer complètement la prégabaline (étant donné la somnolence) si possible.	Pneumologie
45. Suggestion d'effectuer un électrocardiogramme vu la prise de nombreux médicaments qui peuvent augmenter l'intervalle QT et le contexte d'ajout d'halopéridol à prendre régulièrement.	Pneumologie
46. Suggestion d'ajouter des probiotiques à une patiente présentant des diarrhées et un antécédent de diarrhées à C. difficile actuellement sous antibiotiques et qui en prenait régulièrement à domicile.	Pneumologie
47. Prescription de timbres de nicotine à un patient fumant 2 paquets de cigarettes/jour.	Pneumologie
48. Supplément de chlorure de sodium identifié comme médicament pris à domicile sur le BCM, mais le patient ne le prenait plus.	Pneumologie
49. Suggestion de supprimer la quinine (prise au besoin par le patient) vu les effets indésirables graves rapportés dans la littérature. De plus, le patient est connu pour être thrombocytopénique.	Pneumologie
50. Suggestion faite au médecin de réévaluer un patient qui reçoit un fibraté sans raison apparente, raison pour laquelle il ne reçoit pas de statine.	Pneumologie
51. Prise de dextansoprazole au besoin à domicile. Prise qui devrait être régulière ici. Suggestion de represcrire la prise régulière et conseil fait au patient de le prendre ainsi, vu ses antécédents de saignements.	Pneumologie
52. Ajout de timbres de nicotine à un patient fumant 2 paquets de cigarettes par jour.	Pneumologie
53. Histoire effectuée par rapport au contrôle de la douleur. Suggestion faite à la patiente de prendre 1 comprimé de nabilone au besoin ou 1 comprimé d'hydro-morphone au besoin, mais par les 2 en même temps (ce qu'elle faisait à domicile) étant donné les risques accrus d'effets indésirables.	Pneumologie
54. Suggestion d'ajouter des probiotiques (réponse à une demande de l'équipe pour savoir si ce choix est acceptable).	Pneumologie
55. Suggestion faite à l'équipe traitante de poursuivre la prise en charge de la douleur avec l'anti-inflammatoire non stéroïdien (prescrit initialement pour 48 h seulement) au lieu d'augmenter la dose de morphine.	Pneumologie
56. Suggestion de supprimer les médicaments en nébulisation (ne sont plus nécessaires).	Pneumologie

Abréviations : BCM : bilan comparatif des médicaments; DSQ : Dossier Santé Québec; IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; MCAS : maladie coronarienne athérosclérotique