



Pays :

ENQUETE SUR LA PRODUCTION ET LA PREPARATION DES MEDICAMENTS CYTOSTATIQUES

Date:

1. Identification de votre institution	
Institution:	No. de lits dans votre hôpital (si applicable):
No. de services:	No. de lits dans votre service oncologique (si applicable):
No. de services oncologiques:	No. de collègues dans votre service centralisé pour cytostatiques:
No. de services oncologiques pour patients ambulants dans votre hôpital:	No. de médecins oncologues avec lesquels votre pharmacie collabore:

2. Evaluation de votre production quotidienne de cytostatiques		
Top 5 des agents cytostatiques que vous préparez: Si possible, dénomination commune internationale	S'agit-il de: (SVP cochez la case):	
	Flacons Multi-doses	Flacons dose-unique
	↓	↓
☉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
☉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Qui prépare les cytostatiques?	
Pharmacien <input type="checkbox"/>	Médecin <input type="checkbox"/>
Infirmière <input type="checkbox"/>	Technicien en pharmacie <input type="checkbox"/>
Le personnel qui prépare suit une formation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Le personnel qui prépare est suivi médicalement par la médecine du travail de l'institution	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Travaillez-vous selon des directives standardisées?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, sur quelles publications ces directives sont-elles basées ?	
☉ littérature pharmaceutique générale	<input type="checkbox"/>
☉ QuapoS	<input type="checkbox"/>
☉ Autre	<input type="checkbox"/>

Combien de personnes préparent?		
Quantité de préparations par an?	moins de 2000		<input type="checkbox"/>
	2000 – 5000		<input type="checkbox"/>
	5000 – 10000		<input type="checkbox"/>
	plus de 10000		<input type="checkbox"/>
Gardez-vous une trace écrite des préparations réalisées?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Gardez-vous une trace écrite sur programme informatique?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, veuillez spécifier le nom du programme		

4. Locaux et Equipement			
Où sont préparés les cytostatiques?			
A un endroit spécifique (hors pharmacie)	<input type="checkbox"/>	Dans le local des infirmières	<input type="checkbox"/>
Au lit du patient	<input type="checkbox"/>	Dans le local où sont stockés les médicaments	<input type="checkbox"/>
Dans un local réservé et équipé spécifiquement pour ce travail			<input type="checkbox"/>
Dans une pharmacie de ville	<input type="checkbox"/>	A la pharmacie de l'hôpital	<input type="checkbox"/>
Le local ou l'emplacement est-il équipé d'un flux laminaire ou isolateur ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, de quel type de flux laminaire s'agit-il:			
Classe II, Standard Industriel Allemand No. 12950, Partie 10			<input type="checkbox"/>
Classe GS-GES-04			<input type="checkbox"/>
Flux laminaire horizontal			<input type="checkbox"/>
Isolateur			<input type="checkbox"/>
Type H, Standard Industriel Allemand No. 12980			<input type="checkbox"/>
Type V1, Standard Industriel Allemand No. 12980			<input type="checkbox"/>
Type V2, Standard Industriel Allemand No. 12980			<input type="checkbox"/>
Le bon fonctionnement du flux laminaire est-il contrôlé chaque année ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
L'espace libre pour les déplacements du personnel devant le flux laminaire a-t-il au moins 1,5 m ² et pas moins d'1m de large à chaque endroit ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
L'air du flux laminaire / de la salle de préparation quitte-t-il la pièce par un système fermé ?			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Existe-t-il une procédure accréditée de contrôle de cette évacuation ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
L'air entrant dans le local de préparation contient-il au moins 40 m ³ d'air frais par personne et heure ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Uniquement pour les équipements fonctionnant avec recirculation de l'air			
1. Le local de préparation a-t-il une surface d'au moins 10 m ² et une hauteur d'au moins 2,50m?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2. Y a-t-il un espace libre d'au moins 1,2m en face et 0,3m de chaque côté de l'équipement de préparation ?			
		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

5. Equipement de protection individuelle			
Quel équipement de protection individuelle est-il porté par le personnel dans le local de préparation ?			
☞ Tablier spécial à usage unique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Tablier spécial à usage multiple	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Bonnet	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Lunettes avec protections latérales	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Manchettes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Masques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Chaussures spécifiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
☞ Gants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Combien de paires?
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

6. Dispositifs utilisés pour la préparation:			
Seringue en verre <input type="checkbox"/>	Seringue synthétique <input type="checkbox"/>	Seringue Luer-Lock <input type="checkbox"/>	
Avec piston en caoutchouc <input type="checkbox"/>			
seringue 3-parties <input type="checkbox"/>	seringue remplie d'un solvant		<input type="checkbox"/>
Aiguilles ventilées avec filtre hydrophobe à air et liquide			<input type="checkbox"/>
Aiguilles ventilées avec filtre à air hydrophobe et sans filtre pour liquides			<input type="checkbox"/>
Aiguille sans filtre <input type="checkbox"/>	Pas d'entrée d'air		<input type="checkbox"/>
Compresses stériles/tampons ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
A chaque retrait de substance		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
A chaque transfert vers une autre seringue		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Toujours en chassant l'air de la seringue		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Les cytostatiques sont transportés vers le patient dans			
Boîte incassable, imperméable et verrouillable		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Boîte incassable et imperméable		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre boîte.....		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si l'agent cytostatique est administré en perfusion, avec quoi remplissez-vous la poche ou le dispositif de perfusion ?			
Solution saline <input type="checkbox"/>	soluté de perfusion <input type="checkbox"/>	solution de cytostatique <input type="checkbox"/>	
Qui remplit ? La personne, qui prépare le cytostatique		<input type="checkbox"/>	
L'infirmière au lit du patient		<input type="checkbox"/>	
Mettez vous une étiquette sur le produit lorsque la préparation est terminée ?			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Utilisez-vous un symbole qui indique la présence de cytostatiques ?			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

7. Kit de décontamination			
Y a-t-il un kit de décontamination ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
La pharmacie est-elle impliquée dans la constitution et la maintenance du kit ?			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Les accidents sont-ils signalés à la pharmacie ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

8. Elimination des résidus potentiellement contaminés et stockage des flacons de cytostatiques non vidés			
Pour la récolte des déchets cytostatiques nous utilisons			
Boîte de transport combinée à un emballage scellé automatiquement		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Boîte de transport seule		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre boîte		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pour un usage ultérieur d'un flacon ponctionné, nous			
Fermons l'aiguille ventilée avec un bouchon et la laissons sur le flacon		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Retirons l'aiguille (ventilée ou non) et la remplaçons la fois suivante		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre (veuillez spécifier):		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Après administration aux patients, suivez-vous une procédure particulière pour l'élimination des déchets contenant des cytostatiques ?			
oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

9. Accidents et incidents pendant la préparation		
Quels accidents / incidents arrivent le plus souvent ? (multiples réponses possibles)		
Epanchement de cytostatiques	<input type="checkbox"/>	
Piqûres	<input type="checkbox"/>	
Fuite aux bouchons ou perfusions	<input type="checkbox"/>	
Bris de boîtes ou flacons	<input type="checkbox"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des procédures à suivre en cas d'accidents?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il un kit de décontamination?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Les accidents font-ils l'objet d'un rapport ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

10. Administration de cytostatiques au patient :		
Recommandez-vous à l'infirmière de rincer le cathéter avec une solution saline physiologique avant d'administrer les cytostatiques ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si un cathéter veineux central est en place, recommandez-vous à l'infirmière de rincer le cathéter avec une solution saline physiologique après une injection ou perfusion de cytostatiques ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

11. Modification de dose		
Est-ce vous qui proposez des adaptations de la dose en fonction des paramètres individuels du patient ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prenez-vous des échantillons pour évaluer les paramètres pharmacocinétiques du patient	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

12. Soins ambulatoires		
Collaborez-vous avec une institution de soins ambulatoires ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative, il s'agit d'une institution de		
Soins à domicile	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sans palliatifs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Maison de retraite	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Avez-vous une personne de contact ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

13 . Système de gestion de la qualité		
Avez-vous un tel système dans votre pharmacie ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Dans l'affirmative est-ce		
Certification des préparations de cytostatiques par le QuapoS (DGOP)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Certification d'une autorité régionale, incl. la préparation de cytostatiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Certification par un organisme extérieur, incl. préparation de cytostatiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Sinon, envisagez-vous de démarrer un système de gestion de la qualité ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

