

**ENQUETE SUR L UTILISATION PRATIQUE
DES
DIFFUSEURS PORTABLES
EN
PHARMACIE HOSPITALIERE**

Questionnaire à compléter et à retourner au choix :

- par courrier à l'adresse suivante :

Melle M.C. Verdier – interne en Pharmacie

Service Pharmacie – Hôpital St Louis

1, rue Dr Schweitzer – 17019 LA ROCHELLE Cedex

- par télécopie au n° suivant : 05-46-45-52-77

- par messagerie électronique : eric.griesemann@chlr.rss.fr

Pour tout renseignement complémentaire : MC Verdier - tél./ 05-46-45-52-73

<p>Nous nous engageons à respecter la confidentialité des données que vous avez la gentillesse de nous transmettre Merci pour votre précieuse contribution à ce travail !</p>

*** Indiquez vos références :**

Nom de l'Etablissement :

Type d'établissement : CHU CHG CAC
 Autre (préciser) :

Adresse :

Tél : Fax :

E-mail :

Pharmacien chef de service :

Personne ayant répondu au questionnaire :

Qualité :

1. Utilisez-vous dans votre établissement des dispositifs médicaux pour perfusion continue ?

Oui

Non

Si oui, lesquels ?

pousse-seringues

diffuseurs portables

pompes programmables pour perfusion continue

(dans ce cas préciser SVP le type de consommable utilisé)

cassettes

poches souples

2. Reconstituez-vous à la Pharmacie des médicaments en diffuseurs portables ?

Oui

Non

Si oui, précisez ci-dessous les domaines thérapeutiques concernés, les médicaments reconstitués et les durées de perfusion pratiquées usuellement.

Si non, passez directement à la question 3. puis à la question 7.

2.1 Cancérologie

Oui

Non

5-fluoro-uracile

Durée :

Aracytine

Durée :

Bléomycine

Durée :

Cisplatine

Durée :

Doxorubicine

Durée :

Ifosfamide

Durée :

Vincristine

Durée :

Autre (détailler) :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

2.2 Infectiologie

Oui

Non

Aciclovir

Durée :

Aztreonam

Durée :

Ceftazidime

Durée :

Fluconazole

Durée :

Foscarnet

Durée :

Ganciclovir

Durée :

Imipenem + Cilastatine

Durée :

Pipérilline + Tazobactam

Durée :

Ticarcilline + Acide clavulanique

Durée :

Vancomycine

Durée :

Zidovudine

Durée :

Autre (détailler) :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

2.3 Analgésie

Oui

Non

Fentanyl

Durée :

Morphine

Durée :

Autre (détailler) :

.....

Durée :

.....

Durée :

.....

Durée :

2.4 Autres domaines thérapeutiques

Déféroxamine (Desféral®)

Durée :

Pamidronate (Arédia®)

Durée :

.....

Durée :

.....

Durée :

.....

Durée :

.....

Durée :

3. Types de diffuseurs utilisés - Critères de choix

3.1 Fournisseurs et dispositifs utilisés dans votre établissement

A-SEPT-IN-MED / Surefuser®

B-BRAUN / Easypump®

BAXTER / Infusor®

DISTRICLASS / Accufuser®

FRESENIUS-KABI / Ultraflow®

TE-ME-NA / Drug infusion balloon®

ZAMBON BIOMEDICA / Outbond®

Autre (préciser) :

.....

.....

3.2 Classez par ordre d'importance décroissant vos critères de choix pour ce type de matériel (de 1 = prioritaire à 7 = accessoire)

Compatibilité contenant-contenu et stabilité physico-chimique

Fiabilité et précision du débit

Diversité de la gamme

Confort de vie du patient (poids, encombrement, discrétion)

Facilité de remplissage

Critères économiques

Qualité du fournisseur (délais de livraison, suivi des marchés, ...)

Autre (préciser) :

4. Pour chaque spécialité reconstituée isolément en diffuseur portable, indiquez les durées et les conditions de conservation que vous préconisez en pratique :

SPECIALITE	DIFFUSEUR	SOLVANT DE DILUTION (nature)	GAMME DE CONCENTRATION (mg/ml)	CONDITIONS OPERATOIRES (éclairage, t°)	DUREE DE CONSERVATION (durée max.)	REFERENCE BIBLIO. (*)

Dupliquez le tableau ci-dessus autant de fois que nécessaire

(*) voir code légende page suivante / question 5.

5. Complétez le tableau précédent en indiquant sous forme de code abrégé les références bibliographiques ayant servi à étayer vos critères ?

Code légende :

AS = article scientifique source

OR = ouvrage de référence spécialisé dans le domaine concerné

RCP = résumé des caractéristiques produit de la spécialité
(ou base de données médicaments ou dictionnaire VIDAL®)

DP = dossier pharmacien (données de stabilité) de la spécialité

DT = dossier technique de synthèse du dispositif médical

EXT = extrapolation à partir des stabilités de la spécialité princeps

EMP = empirisme

6. Réalisez-vous des mélanges médicamenteux en diffuseurs portables ?

Oui

Non

6.1 Si oui, complétez le tableau situé page suivante en indiquant :

- la ***nature des mélanges*** de médicaments reconstitués

- les ***critères de conservation*** préconisés pour chaque mélange

6.2 Indiquez ci-après les ***références bibliographiques précises*** des articles ou des ouvrages vous ayant permis de retenir ces critères :

Mélange A :

.....

Mélange B :

.....

Mélange C :

.....

Mélange D :

.....

Mélange E :

.....

Mélange F :

.....

Mélange G :

.....

Tableau 6.1 : mélanges médicamenteux usuellement reconstitués en diffuseurs portables

MELANGE		SPECIALITE	DIFFUSEUR	SOLVANT DE DILUTION (nature)	GAMME DE CONCENTRATION (mg/ml)	CONDITIONS OPERATOIRES (éclairage, t°)	DUREE DE CONSERVATION (durée max.)
A	1						
	2						
B	1						
	2						
C	1						
	2						
D	1						
	2						
E	1						
	2						
F	1						
	2						
G	1						
	2						

7. D'une façon générale, considérez-vous que les données de stabilité fournies par les fabricants de diffuseurs portables soient satisfaisantes ?

Oui

Non

Commentaires :

8. D'une façon générale, considérez-vous que les données de compatibilité fournies par les fabricants de diffuseurs portables soient satisfaisantes ?

Oui

Non

Commentaires :

9. Voyez-vous un intérêt à la réalisation d'un document de synthèse sur le sujet ?

Oui

Non

10. Avez-vous des remarques ou des suggestions à formuler ?

Merci encore pour votre participation active et à bientôt !