



Wederom gemeld: Baby krijgt tienvoudige overdosering Trimethoprim-suspensie

In december 2018 gaf het Portaal een praktijkprikkel uit betreffende overdosering trimethoprim suspensie bij een baby. Oorzaak was toen een verwisseling van mg/ml. In de volgende casus krijgt een baby wederom een 10-voudige dosering. Nu met een andere oorzaak

Casus:

Bij ontslag geeft de verpleging een flesje trimethoprim suspensie aan de ouders van een baby van zes weken. Dit flesje was voorzien van bereiders/produktie etiket, maar had geen etiket met een dosering. Het flesje werd eerder door de verpleging gebruikt tijdens opname. De verpleging heeft aan de ouders mondeling een instructie gegeven hoe het spuitje te gebruiken. De ouders geven het kindje gedurende 7 dagen 1 x daags 70 mg in plaats van 1 x daags 7 mg.

Als de moeder met een vervolgrecept bij de eigen apotheek langsgaat, wordt de verkeerde dosering opgemerkt door de apothekersassistente. Het middel bleek door de ouders met een grotere spuit te worden toegediend dan de spuit waarmee de verpleging het had voorgedaan. De apothekersassistente overlegt met de apotheker die vervolgens telefonisch contact opneemt met de voorschrijvend arts. Vanwege het complexe medicatieprofiel wordt het kindje terugverwezen naar de kinderarts.

Risico

Ter hand stellen omvat méér dan enkel het overhandigen van een geneesmiddel aan de patiënt.

Risico's in deze casus zijn:

- Niet aanwezig zijn van een etiket op patiëntnaam en dosering
- Niet aanwezig zijn van juiste doseerspuitje
- Onvoldoende check of voorlichting begrepen is.

Het Portaal verwijst hierbij graag naar de [Richtlijn Terhandstellen](#).

Wat heeft u in het ziekenhuis afgesproken over instructie bij het meegeven van ontslagmedicatie?

Wilt u reageren? [Klik hier](#)