

Manuel : Archives cliniques

Titre :	ANALYSE QUANTITATIVE DU DOSSIER CLINIQUE		N° : ARC.3.30.10
Section :	3. Gestion du dossier clinique	Date d'entrée en vigueur :	2017-04-03
Mandataire:	Dir- adj. Archives cliniques	Date de révision précédente :	
Approbateur :	V.-P. – Performance, Qualité et Services généraux Gisèle Beaulieu	Approuvée le:	2017-03-03
Établissement(s)/programme(s) :			

BUT

Veiller à ce que le contenu médical du dossier clinique, en ce qui a trait aux documents et aux notes des médecins, soit complet et exact, qu'il réponde aux exigences prévues par la *Loi hospitalière* et qu'il soit conforme aux normes établies.

POLITIQUE

1. La vérification du dossier en rapport avec les documents et les informations consignés par le médecin doit s'effectuer dans les 10 jours suivant le congé du patient.
2. Le responsable de l'analyse veille à ce que les éléments suivants soient complets, signés et datés pour chacun des dossiers cliniques d'hospitalisation, de chirurgie d'un jour et des dossiers externes.
 - 2.1 Les documents au dossier doivent contenir au moins les quatre identificateurs suivants au sujet du patient, et ce, au recto et au verso de chaque document;
 - son numéro de dossier;
 - son nom;
 - sa date de naissance;
 - son numéro d'assurance-maladie.
 - 2.2 Histoire et examen physique
 - 2.2.1 Un rapport de l'histoire et de l'examen physique complets doit être rédigé/dicté dans les 48 heures qui suivent l'admission du patient.
 - 2.2.2 Dans le cas d'une réadmission dans les 30 jours qui suivent le congé du patient, le rapport d'histoire et d'examen physique peut être bref ou une référence au rapport de l'histoire et de l'examen physique de l'hospitalisation antérieure peut être acceptée.

- 2.2.3 La référence à un document qui décrit l'histoire et l'examen physique complets est acceptée si elle est datée de moins de 30 jours (p. ex., formulaire d'inscription de l'Urgence et formulaire de consultation).
- 2.2.4 Dans les cas de séjour \leq 24 heures et de chirurgie d'un jour sous anesthésie locale, une brève description sur le formulaire d'inscription des patients externes est acceptée.
- 2.2.5 Dans le cas d'une chirurgie, le rapport d'histoire et d'examen physique doit être au dossier à l'arrivée du patient au Bloc opératoire.
- 2.2.6 Le rapport d'histoire et d'examen physique (signé et daté) est accepté dans les 30 jours qui précèdent la procédure. Si plus de 30 jours se sont écoulés depuis la rédaction ou la dictée du rapport, le document doit être signé et daté à nouveau afin de valider l'information.
- 2.2.7 Le formulaire d'histoire et d'examen physique n'est pas nécessaire pour les cas d'obstétrique les nouveau-nés et les suivis en oncologie car ils sont documentés ailleurs.
- 2.2.8 Dans le cas des nouveau-nés, un rapport d'examen physique complet à la naissance et au départ doit être rédigé ou dicté, signé et daté par le médecin traitant.

2.3 Formulaire d'inscription des patients externes / de l'Urgence

- 2.3.1 Le diagnostic doit être inscrit et signé par le médecin de l'Urgence.

2.4 Note d'évolution / de progrès

- 2.4.1 Une note d'évolution doit être rédigée au moins une fois par semaine.
- 2.4.2 Une note postopératoire doit être versée au dossier.
- 2.4.3 Une note de constatation de décès doit être écrite par le médecin ou l'infirmière/la surveillante qui a constaté le décès.
- 2.4.4 Une note de transfert doit être rédigée lorsque le patient est transféré à un autre médecin. Le transfert doit être accepté par le médecin qui reçoit le patient.
- 2.4.5 Toutes les notes d'évolution doivent être datées et signées par le médecin.

2.5 Travail et accouchement

- 2.5.1 Toutes les sections du formulaire « Grossesse, travail et accouchement/Obstétrique » utilisé durant le travail et l'accouchement doivent être signées et datées par le médecin effectuant l'accouchement.

2.5.2 L'original doit être gardé au dossier de la mère et une copie doit être gardée au dossier du nouveau-né.

2.6 **Consultation**

2.6.1 La raison de la demande doit être notée, signée et datée par le médecin requérant.

2.6.2 Un rapport doit être rédigé/dicté, signé et daté par le médecin consultant.

2.7 **Consentement**

2.7.1 Toutes les signatures requises sur le formulaire doivent y figurer.

2.8 **Rapport d'anesthésie et de salle de réveil**

2.8.1 Les formulaires de documentation doivent être signés et datés.

2.9 **Protocole opératoire / Intervention**

2.9.1 Les formulaires pré-imprimés (pour les cas de gastroscopie, de coloscopie, de cystoscopie et d'extraction dentaire) sont acceptés quand ils sont signés et datés.

2.9.2 Tous les rapports au sujet de procédures faites au Bloc opératoire doivent être dictés dans les 24 heures qui suivent la procédure et être signés et datés une fois transcrits.

2.9.3 Dans le cas d'une procédure mineure faite dans la chambre du patient ou à une clinique externe, une note d'évolution qui comprend une description de la procédure est acceptée.

2.9.4 Un rapport d'imagerie médicale est accepté lorsque la procédure est faite par un radiologue.

2.10 **Traitements et ordonnances**

2.10.1 S'assurer que les ordonnances d'admission et de congé sont datées et signées par le médecin traitant. (cf. Ordonnances GEN.3.40.05 et Ordonnances verbales et transmises par téléphone NSG.3.20.70). Celles rédigées par les étudiants doivent être contresignées par le médecin traitant (voir 5.1).

2.11 **Résumé de dossier ou feuille sommaire**

2.11.1 Le « [Sommaire du dossier](#) » (RC-82B) doit être complété, signé et daté par le médecin traitant, **peu importe la raison et la durée d'hospitalisation.**

- 2.11.2 Le Sommaire du dossier doit comprendre :
- les dates d'admission et de congé;
 - le diagnostic final;
 - les comorbidités pré- et postadmission;
 - les procédures / interventions pratiquées;
 - les points pertinents de l'histoire et de l'examen physique ou de l'examen mental, selon le cas;
 - les résultats pertinents des investigations qui ont été faites durant l'hospitalisation;
 - la conclusion des consultants, s'il y a lieu;
 - l'évolution à l'hôpital;
 - les recommandations au départ.
3. S'il manque un des éléments pour qu'un dossier soit considéré comme complet, sans toutefois se limiter aux éléments énumérés au point 2, le dossier est retourné au médecin visé pour qu'il le complète.
4. Lorsqu'un médecin ne pratique plus au Réseau de santé Vitalité et qu'il a des dossiers incomplets :
- 4.1 Les Archives, en collaboration avec les Services médicaux, font leur possible pour organiser l'achèvement des dossiers avant le départ du médecin. Ils font aussi leur possible pour joindre le médecin qui a déjà quitté afin qu'il termine les dossiers incomplets.
- 4.2 En cas d'échec, le suivi du patient sera fait et le dossier complété par le chef du service médical visé ou par le membre désigné par le chef de service.
- 4.3 Une note explicative est inscrite sur le formulaire [« Départ d'un médecin » \(RC-83B\)](#) signé par le chef du service médical visé ou du membre désigné par le chef de service.
5. Étudiants et résidents :
- 5.1 Tous les documents, rapports ou ordonnances rédigés par un étudiant en médecine qui n'a pas terminé ses études (stagiaire en médecine, étudiant externe et étudiant en médecine) doivent être contresignés par le médecin qui supervise l'étudiant.
- 5.2 Tous les documents, rapports ou ordonnances rédigés par des résidents (stagiaires postdoctoraux) n'ont pas besoin d'être contresignés. En cas de doute, se référer au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick pour connaître le niveau d'études du stagiaire.

PROCÉDURE

1. Mettre les dossiers incomplets à la disposition des médecins pour qu'ils puissent les compléter.

2. Dès qu'un médecin complète ses dossiers, il les dépose à l'endroit déterminé. Le Service des archives cliniques effectue ensuite une vérification et modifie l'état de chaque dossier dans le système Meditech.
3. Advenant que des dossiers demeurent incomplets 20 jours après le congé du patient, les archives envoient un [« Avis- Dossiers incomplets »\(RA-114B\)](#) au médecin.

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. Le dernier médecin à qui le patient est transféré devient le médecin responsable, sauf si une entente est établie par la direction médicale entre les services médicaux.
2. Seules les abréviations approuvées peuvent être utilisées dans le dossier clinique, voir la politique GEN.6.20.45 « Abréviations permises ». Voir la politique GEN.6.20.46 « Abréviations interdites ».
3. Toute procédure, examen, traitement ou intervention chirurgicale nécessite un consentement selon l'alinéa 20 (1) g) du règlement 92-84 pris en vertu de la *Loi hospitalière* et selon les politiques de d'établissement ou du Réseau.
4. Le médecin a 30 jours suivant la date de départ du patient pour compléter son dossier; voir la politique AMD.6.10.10 « Dossiers incomplets ».
5. Lorsqu'une erreur est évidente, le responsable de l'analyse est autorisé à faire des corrections de dates dans le dossier selon la méthode proposée dans le livre *Canadian Health Information*.

RÉFÉRENCES

1. *Loi hospitalière H-6.1.* et Règlement 92-84, paragraphe 20(1).
2. Règlements administratifs du Réseau de santé Vitalité; octobre 2013; C.17.0.2 et Règles du personnel médical du Réseau de santé Vitalité.
3. Règles du Conseil des médecins et dentistes du N.-B.
4. Énoncés de principe de l'Association canadienne interprofessionnelle du dossier de santé.
5. Canadian Health Information, Third Edition, Lorne E. Rozovsky et Noela J. Inopns.

DISTRIBUTION

AMD

Remplace :	Zone 1 : <u>16.50.10</u>	Zone 5 : <u>SUP-HR-5-20</u>
	Zone 4 : <u>ARC-V-A-35</u>	Zone 6 : _____