

---

## LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT

---

### I. PROMOTEUR

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

### II. SOURCE

— *Recommandations Anaes :*

« La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations », septembre 1996.

### III. CIBLE PROFESSIONNELLE

Les médecins à exercice ambulatoire.

### IV. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients vus en consultation ou en visite et pour lesquels il ne s'agit pas de la première rencontre.

### V. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

La méthode prospective est retenue. Il est nécessaire de procéder à cette auto-évaluation en présence des patients car il faudra vérifier auprès d'eux certaines informations du dossier (ou l'absence de certaines informations).

— *Il est possible :*

- soit d'analyser les dossiers de 20 patients vus consécutivement ;
- soit de traiter quelques dossiers par jour à condition de ne pas les choisir. Il faut déterminer un mode de sélection aléatoire à l'avance et le respecter. On peut décider par exemple que l'on prendra les dossiers des deux premiers patients le premier jour, ceux des troisième et quatrième patients le deuxième jour, etc. Il faut éviter les sélections biaisées, comme un jour donné de la semaine.

## VI. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier et éliminer les risques d'erreur par homonymie (identité et date de naissance). Code de la santé publique.
- Pouvoir contacter facilement le patient ou son tuteur, même s'il est de passage (adresse et téléphone actualisés). Accord professionnel.
- Identifier rapidement les allergies et intolérances médicamenteuses. Grade B.
- Disposer d'une synthèse des antécédents médicaux et chirurgicaux, à jour des données significatives et comprenant les facteurs de risque du patient. Grade B.
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises. Code de la santé publique.
- Tenir informés le(s) correspondant(s) et le patient. Code de la santé publique.

### Critères d'évaluation

et

### **Questions pour déterminer si les critères sont présents.**

1. Le nom complet actualisé est noté dans le dossier.  
*Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom du patient sont-ils notés dans le dossier et confirmés auprès du patient ?*
2. La date de naissance est notée dans le dossier.  
*La date de naissance est-elle notée dans le dossier et confirmée par le patient ?*
3. L'adresse précise et actualisée est notée dans le dossier, même si elle est temporaire (étudiants, vacances, etc.).  
*L'adresse notée dans le dossier est-elle précise et confirmée par le patient ?*
4. Les coordonnées téléphoniques exactes sont notés dans le dossier.  
*Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées dans le dossier et confirmées par le patient ?*
5. Une liste datée et à jour des effets indésirables des médicaments (allergies et intolérances) est notée dans le dossier.  
*Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des allergies et intolérances médicamenteuses ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?*
6. Les antécédents personnels et familiaux significatifs, comprenant les facteurs de risque, sont notés dans le dossier.  
*Le patient confirme-t-il les antécédents notés dans le dossier ou leur absence ?*
7. Les situations cliniques à risque et nécessitant une surveillance particulière sont notés dans le dossier. Il peut s'agir par exemple d'un traitement par anticoagulants, de traitement présentant des possibilités d'incompatibilité d'association avec d'autres thérapeutiques, de facteur de risque d'endocardite, etc.  
*Existe-t-il une liste clairement visible des pathologies ou des traitements mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière ?*

## Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles

8. Les informations enregistrées à chaque rencontre comprennent les éléments ayant conduit à la conclusion et aux décisions prises.  
*Trouve-t-on dans les notes de la dernière rencontre au moins un des éléments suivants : synthèse, diagnostic, résultats de consultation et d'examens complémentaires, arguments permettant de justifier les décisions prises ?*
9. Les prescriptions médicamenteuses successives, en particulier la dernière, sont notées dans le dossier avec leur posologie et leur durée.  
*Les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée sont-elles notées dans le dossier ?*
10. Le partage de l'information apparaît dans le dossier.  
*Trouve-t-on dans le dossier mention des informations données au patient et s'il y a lieu le double des courriers envoyés au(x) correspondant(s) ?*

**VII. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS**

**Notez une seule réponse par case :**

O si la réponse est OUI

N° d'identification :-----

N si la réponse est NON

Date :-----

NA si la question ne s'applique pas à ce patient  
ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires).  
N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

**Temps passé à cette évaluation :**

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5
	Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom du patient sont-ils notés dans le dossier et confirmés auprès du patient ?	La date de naissance est-elle notée dans le dossier et confirmée par le patient ?	L'adresse notée dans le dossier est-elle précise et confirmée par le patient ?	Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées dans le dossier et confirmées par le patient ?	Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des allergies et intolérances médicamenteuses ou leur absence ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total des O					
Total des N					
Total des NA					

**VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

## Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles

	<b>QUESTION 6</b>	<b>QUESTION 7</b>	<b>QUESTION 8</b>	<b>QUESTION 9</b>	<b>QUESTION 10</b>
	Le patient confirme-t-il les antécédents notés dans le dossier ou leur absence ?	Existe-t-il une liste clairement visible des pathologies ou des traitements mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière ?	Trouve-t-on dans les notes de la dernière rencontre au moins un des éléments suivants : synthèse, diagnostic, résultats de consultation et d'exams complémentaires, arguments permettant de justifier les décisions prises ?	Les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée sont-elles notées dans le dossier ?	Trouve-t-on dans le dossier mention des informations données au patient et s'il y a lieu le double des courriers envoyés au(x) correspondant(s) ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
Total des O					
Total des N					
Total des NA					

**VOS OBSERVATIONS ET COMMENTAIRES POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :**

Référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles

<b>Observations par patient</b>	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

