
LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

I. PROMOTEUR

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

II. SOURCES

— *Recommandations ANAES :*

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

III. PATIENTS CONCERNÉS

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

IV. 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.

V. OBJECTIFS DE BONNE PRATIQUE ÉVALUÉS

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier (identité, sexe), et éliminer les risques d'erreur par homonymie.
- Pouvoir contacter facilement le patient, même s'il est de passage (adresse et téléphone actualisés).
- Identifier rapidement les allergies et intolérances médicamenteuses.
- Disposer d'une synthèse des antécédents médicaux et chirurgicaux, à jour des données significatives et comprenant les facteurs de risque du patient.
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises.

Critères d'évaluation

et

Questions pour déterminer si les critères sont présents.

1. Le nom complet actualisé est noté.
Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom et le sexe du patient sont-ils notés et confirmés par le patient ?
2. La date de naissance est notée.
La date de naissance est-elle notée et confirmée par le patient ?
3. L'adresse précise et actualisée est notée, même si elle est temporaire (étudiants, vacances, etc.).
L'adresse notée est-elle précise et confirmée par le patient ?
4. Les coordonnées téléphoniques exactes sont enregistrées.
Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées et confirmées par le patient ?
5. Le dossier comprend une liste datée et à jour des effets indésirables des médicaments (allergies et intolérances).
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 significatifs figurent dans le dossier.
Le patient confirme-t-il les antécédents personnels notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
7. Les antécédents familiaux significatifs figurent dans le dossier.
Le patient confirme-t-il les antécédents familiaux notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
8. Les facteurs de risques utiles pour le suivi du patient figurent dans le dossier.
Le patient confirme-t-il les facteurs de risque notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?

9. 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 ?
10. Les prescriptions médicamenteuses successives, en particulier la dernière, sont notées dans le dossier avec leur posologie et leur durée.
Trouve-t-on dans le dossier les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée ?

VI. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

1 ou O si la réponse est OUI

N° d'identification : -----

2 ou N si la réponse est NON

Date : -----

3 ou N/A 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 cet audit : -----

	QUESTION 1 Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom et le sexe du patient sont-ils notés et confirmés par le patient ?	QUESTION 2 La date de naissance est-elle notée et confirmée par le patient ?	QUESTION 3 L'adresse notée est-elle précise et confirmée par le patient ?	QUESTION 4 Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées et confirmées par le patient ?	QUESTION 5 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 1					
Total des 2					
Total des 3					

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

	QUESTION 6 Le patient confirme-t-il les antécédents personnels notés dans le dossier ou leur absence ?	QUESTION 7 Le patient confirme-t-il les antécédents familiaux notés dans le dossier ou leur absence ?	QUESTION 8 Le patient confirme-t-il les facteurs de risque notés dans le dossier ou leur absence ?	QUESTION 9 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 ?	QUESTION 10 Trouve-t-on dans le dossier les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-ÉVALUATION :

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

