
LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN DERMATOLOGIE

I. PROMOTEUR

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation 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 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.
- Tenir informé le(s) correspondant(s) et le patient.

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 et utiles à la prise en charge dermatologique (en particulier les pathologies chroniques et les traitements en cours) 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 facteurs de risques, s'ils sont utiles à la prise en charge de la pathologie en cours (antécédents familiaux significatifs, comportement au soleil, tabac, alcool, drogues, traitements de même anciens comme les immunosuppresseurs et les corticoïdes, prothèse ou simulateur cardiaque, professions successives) figurent dans le dossier.
Les facteurs de risques utiles à la prise en charge de la pathologie en cours (antécédents familiaux, significatifs, soleil, tabac, alcool, drogues, traitements, profession) figurent-ils dans le dossier et sont-ils confirmés par le patient ?

8. Les informations enregistrées à chaque rencontre comprennent les éléments ayant conduit à la conclusion et aux décisions prises : motifs de plaintes ou demandes du patient, description des lésions cutanées (extension, nombre, taille, localisation, les symptômes fonctionnels associés, la durée, voire l'iconographie éventuelle), les traitements déjà effectués, les traitements en cours, les résultats des examens complémentaires anatomo-pathologiques et/ou biologiques et/ou investigation radiologiques (s'ils ont été effectués).
Trouve-t-on dans le dossier les éléments permettant d'argumenter la conclusion de la dernière rencontre ?
9. Les décisions prises à la dernière consultation sont indiquées dans le dossier.
Trouve-t-on dans le dossier les éléments suivants (s'il y a lieu) : prescription médicamenteuse avec posologie et durée, description du geste technique, mention d'un arrêt de travail, d'un certificat établi, d'une hospitalisation ?
10. Le partage de l'information apparaît dans le dossier.
Trouve-t-on dans le dossier (s'il y a lieu) :
- *Référence à la lettre du médecin traitant.*
 - *Double de la réponse au médecin traitant.*
 - *Double des courriers à d'autres spécialistes.*
 - *Double des courriers au patient ?*

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).

Temps passé à cet audit : -----

N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	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	QUESTION 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10
	Le patient confirme-t-il les antécédents personnels notés dans le dossier ou leur absence ?	Les facteurs de risques utiles à la prise en charge de la pathologie en cours (antécédents familiaux, significatifs, soleil, tabac, alcool, drogues, traitements, profession) figurent-ils dans le dossier et sont-ils confirmés par le patient ?	Trouve-t-on dans le dossier les éléments permettant d'argumenter la conclusion de la dernière rencontre ?	Trouve-t-on dans le dossier les éléments suivants (s'il a lieu) : - Prescription médicamenteuse avec posologie et durée. - Description du geste technique. - Mention d'un arrêt de travail, d'un certificat établi, d'une hospitalisation ?	Trouve-t-on dans le dossier (s'il a lieu) : - Référence à la lettre du médecin traitant. - Double des courriers à d'autres spécialistes. - Double de la réponse au médecin traitant. - Double des courriers au patient ?
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	

