
LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN CARDIOLOGIE

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 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 cardio-vasculaires du patient.
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises.
- Assurer la transmission de l'information au patient et au(x) correspondant(s).

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.
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 et familiaux significatifs, en particulier les facteurs de risque cardio-vasculaire (note 1), figurent dans le dossier.
Le patient confirme-t-il les antécédents avec les facteurs de risque cardio-vasculaires notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
7. Les situations cliniques à risque et nécessitant une surveillance particulière (note 2) figurent dans le dossier.
Existe-t-il une liste clairement visible ou un système d'alerte informatique des pathologies mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière ?

8. Les éléments significatifs de chaque consultation sont enregistrés dans le dossier.
Trouve-t-on dans le dossier la date et le motif de la consultation, les signes fonctionnels, les résultats de l'examen clinique avec la mesure de la pression artérielle, les résultats de l'électrocardiogramme et/ou d'explorations paracliniques ?
9. Les éléments de conclusion avec les décisions prises apparaissent dans le dossier, éventuellement dans un courrier destiné au médecin correspondant.
Retrouve-t-on dans le dossier le diagnostic, un plan de suivi et des objectifs thérapeutiques ?
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 ?
11. Les conseils et les informations délivrés au patient, oralement ou par fiche écrite, concernant la prévention, les règles hygiéno-diététiques et les traitements prescrits, apparaissent dans le dossier
Trouve-t-on dans le dossier mention des conseils et informations délivrés au patient concernant la prévention ou les règles hygiéno-diététiques et/ou l'objectif thérapeutique ?

VI. NOTES

— *Note 1*

Les facteurs de risques cardio-vasculaires suivants utiles à l'appréciation du risque cardio-vasculaire global doivent figurer dans le dossier : âge, sexe, antécédents familiaux, hypertension artérielle (HTA), tabagisme, diabète, LDL cholestérol élevé, HDL cholestérol bas, sédentarité, obésité abdominale, bas statut socio-économique.

— *Note 2*

Les situations pouvant mettre en péril la vie ou la sécurité du patient sont par exemple un traitement par anti vitamine K, un facteur de risque d'endocardite, une thrombophilie, des incompatibilités thérapeutiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens) ou une pathologie nécessitant une surveillance particulière (valves cardiaques, prothèses).

VII. 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	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6
	Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom et le sexe du patient sont-ils notés et confirmés par le patient ?	La date de naissance est-elle notée et confirmée par le patient ?	L'adresse notée est-elle précise et confirmée par le patient ?	Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées et confirmées par le patient ?	Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des allergies et intolérances médicamenteuses ou leur absence ?	Le patient confirme-t-il les antécédents avec les facteurs de risque cardio-vasculaires notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
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 7	QUESTION 8	QUESTION 9	QUESTION 10	QUESTION 11
	Existe-t-il une liste clairement visible ou un système d'alerte informatique des pathologies mettant en jeu la sécurité du patient et nécessitant une surveillance particulière ?	Trouve-t-on dans le dossier la date et le motif de la consultation, les signes fonctionnels, les résultats de l'examen clinique avec la mesure de la pression artérielle, les résultats de l'électrocardiogramme et/ou d'explorations paracliniques ?	Retrouve-t-on dans le dossier le diagnostic, un plan de suivi et des objectifs thérapeutiques ?	Trouve-t-on dans le dossier les dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée ?	Trouve-t-on dans le dossier mention des conseils et informations délivrés au patient concernant la prévention ou les règles hygiéno-diététiques et/ou l'objectif thérapeutique ?
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	

