



## QUALITÉ DE LA TENUE ET DU CONTENU DU DOSSIER DU PATIENT

<b>1</b> Numéro du questionnaire	<input type="text"/>	Ne rien inscrire dans la partie grisée
<b>2</b> Etablissement (en clair)	<input type="text"/>	
<b>3</b> Date de l'évaluation	<input type="text"/>	
<b>4</b> Discipline	<input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> PSY	
<b>5</b> Service (en clair)	<input type="text"/>	
<b>6</b> Dossier retrouvé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>7</b> Dossier informatisé	<input type="checkbox"/> Oui partiellement/totalement <input type="checkbox"/> Non	
<b>8</b> Année de naissance du patient	<input type="text"/>	
<b>9</b> Sexe du patient	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

### Eléments relatifs à l'admission

<b>10.</b> Documents médicaux relatifs à l'admission présents	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>11.</b> Contenu de l'examen médical d'entrée dans les 24 h après admission				
Motifs d'hospitalisation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Mention des antécédents et des facteurs de risque	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Conclusions de l'examen clinique initial	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

### Eléments relatifs au séjour

<b>12.</b> Prescriptions médicamenteuses pendant le séjour	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si OUI, chacune des prescriptions comporte :				
Date	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Nom lisible du prescripteur ou ses initiales	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Signature du prescripteur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
<b>13.</b> Compte-rendu opératoire présent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>14.</b> Trace d'une information (orale ou écrite) avant chaque acte invasif	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>15.</b> Pour le patient <i>mineur ou majeur sous tutelle</i> , consentement écrit pour chaque acte chirurgical présent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>16.</b> Compte-rendu d'accouchement présent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<b>17.</b> Dossier anesthésique présent	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

<b>18. Transfusion de Produit Sanguin Labile (PSL)</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si OUI,				
Fiche transfusionnelle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Prescription du produit sanguin signée par le médecin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bon d'attribution	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bon de confirmation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Examens IHR (Immuno-Hémato Receveurs) :				
Carte de groupe sanguin (deux déterminations) ou sa copie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Résultats de la RAI	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si incidents transfusionnels, copie de la Fiche d'Incident Transfusionnel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de l'information écrite (post-transfusionnelle) délivrée au patient auquel a été administré un PSL	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

<b>19. Pour les situations légalement prévues, présence d'un consentement écrit</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------

**Eléments relatifs à la sortie – Courrier de fin d'hospitalisation**

<b>20. Présence d'un courrier ou compte rendu de fin d'hospitalisation conforme</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si non, préciser le ou les éléments manquants :				
<input type="checkbox"/> Synthèse du séjour <input type="checkbox"/> identité médecin <input type="checkbox"/> référence dates de séjour				<input type="checkbox"/>

Date de sortie du patient de l'établissement |\_j\_|\_|\_j\_|\_|\_m\_|\_|\_m\_|\_|\_a\_|\_|\_a\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

<b>21. Date présente sur le courrier de fin d'hospitalisation ou le compte-rendu d'hospitalisation avec coordonnées du médecin</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------	--	--------------------------

**Si OUI :**

date notée sur le courrier |\_j\_|\_|\_j\_|\_|\_m\_|\_|\_m\_|\_|\_a\_|\_|\_a\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

<b>22. Trace écrite de la prescription établie le jour de la sortie du patient</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------

**Traçabilité de la douleur**

<b>23. Evaluation de la douleur</b>				
Echelle Visuelle Analogique ou numérique (EVA, EN)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Echelle Verbale Simple (EVS)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Echelle d'Hétéro-évaluation (Doloplus, ECPA, OPS, EDIN, ...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Commentaires <u>sans utilisation d'échelle</u>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Appréciation générale**

<b>24. Dossier organisé</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dossier classé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Difficultés rencontrées lors du recueil – Remarques particulières :	Nom et signature de l'évaluateur :



# Qualité de la tenue et du contenu du dossier patient

## Consignes de remplissage

### Consignes générales pour le remplissage de la grille

- Si le dossier d'un patient tiré au sort n'est pas retrouvé ou si le dossier est **retrouvé mais ne contient pas les informations sur le séjour tiré au sort**, le dossier est **considéré comme non retrouvé**. Dans ce cas il faut remplir l'entête du questionnaire (Q1 à Q9) en cochant la case « non » à la question « dossier retrouvé ».
- Les données peuvent être récupérées sur le dossier papier ainsi que sur le dossier informatisé (*on entend par dossier informatisé, tout système informatique permettant un accès partagé du dossier par tous les professionnels de santé habilités 24h/24*).
- Remplir la grille uniquement à partir des éléments du dossier qui concernent le séjour hospitalier sélectionné.
- En cas de séjours multi-unités, il faut remplir une grille uniquement pour la dernière unité.
- Pour les séjours en séances itératives (exemples : cure de chimiothérapie, ...), il faut rechercher les informations dans le dossier médical complet (et non pas uniquement dans les documents relatifs au séjour tiré au sort). La lettre de sortie doit concerner soit le séjour étudié soit une série de séjours consécutifs (avec un délai maximum d'un semestre).
- Si le séjour en séance itérative n'a pas donné lieu à une ouverture de dossier (mais uniquement à une lettre de sortie dans le dossier de consultation par exemple), **considérer que le dossier n'a pas été retrouvé**.
- Les initiales peuvent être acceptées en remplacement du nom complet si leur correspondance est indiquée dans un document régulièrement mis à jour et consultable soit dans chaque dossier, soit au niveau de l'établissement (services, pharmacie, ...).
- Si le dossier anesthésique est archivé dans un autre lieu que celui du dossier patient, le mettre à disposition lors de l'évaluation.
- Si le dossier transfusionnel est archivé dans un autre lieu que celui du dossier patient, le mettre à disposition lors de l'évaluation.
- Si l'information est illisible, après consultation auprès d'autres professionnels de santé, le critère sera jugé non-conforme.

### Contacts

CCECQA - Hôpital Xavier Arnoz - 33 604 Pessac Cedex - tél : 05.57.65.61.35 - fax 05 57 65 61 36

Ahmed Djihoud (05.57.65.61.43) - [ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr](mailto:ahmed.djihoud@ccecqa.asso.fr)

Corinne Billiard-Decré (05.57.65.66.33) - [corinne.billiard-decre@ccecqa.asso.fr](mailto:corinne.billiard-decre@ccecqa.asso.fr)

1	<b>Numéro de questionnaire</b>	Par exemple 001, 002, etc... (numéro à retranscrire sur la liste de tirage au sort)
2	<b>Etablissement</b>	Le nom ou le code de l'établissement
3	<b>Date de l'évaluation</b>	Date de remplissage du questionnaire
4	<b>Discipline</b>	Pas d'instruction particulière
5	<b>Service</b>	Pas d'instruction particulière
6	<b>Dossier retrouvé</b>	Pas d'instruction particulière (Cf. consignes générales)
7	<b>Dossier informatisé</b>	Pas d'instruction particulière
8	<b>Année de naissance du patient</b>	Pas d'instruction particulière
9	<b>Sexe du patient</b>	Pas d'instruction particulière
<b>10</b>	<b>Documents médicaux relatifs à l'admission présents</b>	
	<p>Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la lettre du médecin adresseur ou de transfert inter-service ou la fiche des urgences</li> <li>➤ le dossier de consultation si l'hospitalisation est consécutive à une consultation externe</li> <li>➤ une lettre concernant l'ensemble de la prise en charge s'il s'agit d'une <b>hospitalisation programmée à répétition</b> (ex. suivi d'un geste chirurgical, cures de chimiothérapies).</li> </ul> <p><u>La mention «Non applicable : NA» est exceptionnelle en dehors des hospitalisations <b>pour accouchement non programmé.</b></u></p>	
<b>11</b>	<b>Contenu de l'examen médical d'entrée dans les 24 heures après admission</b>	
	<p>N'est concerné que l'examen aux urgences ou dans le service d'hospitalisation le jour de l'examen. Sont exclues les données issues des documents relatifs à la sortie du patient (exemple : compte-rendu d'hospitalisation, lettre de sortie). Les antécédents et les facteurs de risque peuvent être retrouvés lors d'une évaluation antérieure (3 mois maximum) (consultation anesthésique par exemple ou dernière consultation en cas d'acte programmé).</p>	
<b>12</b>	<b>Prescriptions médicamenteuses</b>	
	<p>S'il n'y a <b>aucune prescription</b> thérapeutique pendant le séjour (vérifier dans le dossier de soins), <b>cocher la case «NA».</b></p> <p>Doivent être notés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la date <b>ET</b> la signature <b>ET</b> le nom du prescripteur mentionné en caractères lisibles ou ses initiales (Cf. consignes générales) . En cas de prescriptions simultanées, une accolade devant ces prescriptions et une seule identification (nom complet ou initiales) sont acceptées.</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Compte-rendu opératoire présent</b>	
	<p>Seule la présence et non le contenu est évaluée. Concerne aussi les endoscopies et les interventions gynéco-obstétricales (césariennes, IVG, hystérectomies). S'il n'y a <b>pas eu d'acte opératoire</b> au cours du séjour, <b>cocher la case NA.</b></p>	
<b>14</b>	<b>Trace d'une information (orale ou écrite) avant chaque acte invasif</b>	
	<p>Trace écrite mentionnant que l'information (orale ou écrite) a été donnée pour tout <u>acte invasif</u>. Pour des raisons de faisabilité, la liste des actes étudiés pour juger de la conformité au critère est <b>réduite aux actes suivants</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ interventions chirurgicales avec passage au bloc opératoire,</li> <li>➤ endoscopies,</li> <li>➤ coronarographies, pose d'un cathéter central.</li> </ul> <p>S'il n'y a <b>pas eu d'acte invasif</b>, <b>cocher la case NA.</b></p>	
<b>15</b>	<b>Pour le patient mineur ou majeur sous tutelle, consentement écrit pour chaque acte chirurgical présent</b>	
	<p>Pour les mineurs, présence de l'autorisation relative au séjour signée par au moins un des parents ou par le représentant légal. Pour les majeurs sous tutelle, signature du tuteur. Si le patient est <b>majeur</b> et n'est <b>pas soumis à une tutelle</b>, <b>cocher la case NA.</b></p>	
<b>16</b>	<b>Compte-rendu d'accouchement présent</b>	
	<p>Cocher « Oui » s'il existe un compte-rendu d'accouchement qui renseigne <i>a minima</i> sur l'identité du nouveau né, son sexe, son poids et son APGAR (score). S'il n'y a <b>pas eu d'accouchement</b> au cours du séjour, <b>cocher la case NA.</b></p>	
<b>17</b>	<b>Dossier anesthésique présent</b>	
	<p><u>Ne s'applique pas pour les anesthésies locales, mais s'applique pour les anesthésies générales ou loco-régionales (rachianesthésie, anesthésie péribulbaire, blocs plexiques, blocs tronculaires, ALR i.v., anesthésie péridurale).</u> <b>Ne répondre « oui » que si le dossier comprend des informations relatives aux trois phases de l'anesthésie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la consultation pré-anesthésique (en cas d'acte programmé), la fiche per-opératoire , le suivi en salle de surveillance post-interventionnelle.</li> </ul>	

18	<p><b>Transfusion de Produit Sanguin Labile (PSL)</b></p> <p>La mise en place d'un dossier transfusionnel est obligatoire en cas de transfusion de : Sang total, Concentré Globules Rouges (CGR), Concentré Plaquettaire, Plasma ou Plasma frais congelé (PFC).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la RAI n'est obligatoire que pour les transfusions de globules rouges (Sang total, CGR), <b><u>si pas de tranfusion de globules rouges</u></b>, cocher la case <b>NA</b>,</li> <li>➤ <b><u>en cas d'incident transfusionnel noté sur la fiche transfusionnel ou le bon de confirmation</u></b>, une fiche d'incident transfusionnel doit être présente (vérifier la concordance du sexe et de la date de naissance avec le dossier du patient), <b><u>si pas d'incident transfusionnel</u></b>, cocher la case <b>NA</b>.</li> </ul> <p>Chez les patients transfusés à répétition, il faut s'assurer de la présence des informations sur l'ensemble des transfusions réalisées lors du séjour concerné.</p> <p><u>Le patient auquel a été administré un PSL doit être informé par écrit et une copie de cette information doit être retrouvée.</u></p>
19	<p><b>Pour les situations légalement prévues, présence d'un consentement écrit</b></p> <p>Ces situations sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la recherche biomédicale (essais thérapeutiques),</li> <li>➤ le prélèvement d'organe sur donneur vivant,</li> <li>➤ l'interruption volontaire de grossesse,</li> <li>➤ les actes médicaux et chirurgicaux à visée esthétique,</li> <li>➤ l'assistance médicale à la procréation,</li> <li>➤ le diagnostic prénatal.</li> </ul> <p><b><u>S'il n'y a pas de situations légalement prévues</u></b>, cocher la case <b>NA</b>.</p>
20	<p><b>Présence d'un courrier ou compte-rendu de fin d'hospitalisation conforme</b></p> <p><b><u>S'il n'y a pas de courrier, cocher NON à cet item.</u></b></p> <p><b>Cocher OUI</b>, uniquement si le courrier ou compte rendu de fin d'hospitalisation remplit les trois conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ la synthèse du séjour est présente,</li> <li>➤ l'identité du médecin destinataire est indiquée,</li> <li>➤ une référence aux dates du séjour (date d'entrée <b><u>et/ou</u></b> de sortie) est précisée.</li> </ul> <p><b><u>Si l'une des 3 conditions est manquante, mettre NON</u></b> à la question Q 20 et renseigner le ou les éléments manquants (si les trois éléments sont manquants, il sera considéré qu'il n'y a pas de courrier ou de compte rendu de fin d'hospitalisation).</p> <p><b>Date de sortie du patient de l'établissement</b></p> <p>Date du départ du patient de l'établissement de soins. Dans le cadre d'une prise en charge multi-unités, la date de sortie du patient correspond à la date de sortie de l'établissement.</p> <p><b><u>En cas de renseignements multiples, la date la plus tardive est considérée.</u></b></p>
21	<p><b>Présence de la date sur le courrier de fin d'hospitalisation ou compte-rendu d'hospitalisation</b></p> <p>Pas d'instruction particulière</p> <p><b>Si OUI, date du courrier de fin d'hospitalisation</b></p> <p>Pas d'instruction particulière</p>
22	<p><b>Trace écrite de la prescription établie le jour de la sortie du patient</b></p> <p>La trace des prescriptions peut être retrouvée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ le double de l'ordonnance</li> <li>➤ le courrier de sortie ou le compte-rendu d'hospitalisation</li> </ul> <p><b><u>S'il est écrit dans le dossier que le patient n'a pas de traitement à la sortie ou si l'ensemble des traitements est arrêté avant la sortie, cocher la case NA.</u></b></p>
23	<p><b>Traçabilité de la douleur</b></p> <p>Les différents types d'échelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b><u>Visuelle Analogique ou numérique</u></b> : avec un résultat coté de 0 à 10 (ou 100)</li> <li>➤ <b><u>Verbale Simple</u></b> : elle consiste à fournir au patient au minimum 4 à 5 qualificatifs de la douleur standardisés dans l'établissement.</li> <li>➤ Hétéro-évaluation (<b><u>Doloplus</u></b>, <b><u>ECPA</u></b> : chez la personne âgée, <b><u>OPS</u></b> : pour les moins de 5 ans, <b><u>EDIN</u></b> : chez le nouveau-né).</li> </ul>
24	<p><b>Dossier organisé et classé</b></p> <p><b><u>Organisation</u></b> : renvoie à un mode d'organisation interne du dossier du patient qui distingue différentes rubriques.</p> <p><b><u>Classement</u></b> : rangement dans les rubriques. Méthode de rangement des éléments au sein de chaque rubrique.</p>