



Politique de tenue de dossiers

Table des matières

1.	Contexte.....	3
2.	Personnes visées.....	3
3.	Objectifs	3
4.	Description de la procédure	3
4.1	Dossier clinique	3
4.1.1	Ordre des onglets obligatoires :	3
4.2	Notes au dossier.....	4
4.2.1	Fonction de la note	4
4.2.2	Une bonne note au dossier	5
4.2.5	En cas d'erreur.....	6
4.2.6	Confidentialité	6
4.3	Évaluation de la qualité de la tenue de dossiers	6
5.	Références.....	6
	Annexe 1.....	7
	Annexe 2.....	9

1. Contexte

Le dossier de l'utilisateur constitue un document légal à valeur juridique, un outil scientifique, un atout administratif qui facilite le travail en interdisciplinarité. Il répond aux exigences des différentes législations en vigueur. L'établissement doit tenir un dossier pour chacun des usagers à qui on offre des soins et des services. Ce dossier fournit en tout temps une information à jour, factuelle, objective, pertinente, organisée et protégée.

2. Personnes visées

La présente procédure s'applique à tous les intervenants qui doivent consigner des informations dans le dossier du résident du CHSLD.

« Tout établissement du réseau de la santé et des services sociaux à l'obligation de tenir un dossier pour chacun des usagers qui reçoit des soins ou des services auprès de cet établissement. »

3. Objectifs

- S'assurer que les dossiers sont à jour et accessibles. Que l'information est organisée et bien en vue dans le dossier;
- S'assurer que la documentation comprend la date des services et que seules les abréviations reconnues sont utilisées;
- S'assurer que le dossier est mis à jour dès qu'il y a un changement que ce soit au niveau des soins ou des services;
- S'assurer que les normes professionnelles sont suivies pour déterminer quelle information le dossier du résident doit contenir pour être considéré complet.

4. Description de la procédure

4.1 Dossier clinique

Le dossier du résident contient des documents relatifs aux étapes du processus clinique.

Lors d'une admission, la personne responsable de l'accueil ou des admissions :

- Ouvre un dossier unique pour le résident admis ou inscrit;
- Identifie le dossier avec le nom et numéro de chambre de façon visible. Tous les documents insérés au dossier de l'utilisateur doivent comprendre au minimum le nom, prénom et numéro de RAMQ s'il n'y a aucun numéro propre à l'établissement;
- Indique le niveau de soins et de réanimation en dessous du nom;
- S'assure que tous les onglets sont présents dans le dossier;
- Avec l'aide du résident, de la famille ou du proche aidant, la personne complète et valide les informations pertinentes (ex : allergie, alimentation, histoire de vie).

4.1.1 Ordre des onglets obligatoires :

1. Admission
2. Consentement
3. Labo/imagerie
4. Ordonnance
5. SV/Gluco

6. Notes médecin
7. Notes infirmière
8. PI/PII/PIII/PSI trouver à côté de chaque secteur où l'on prodigue des soins (points de service et à l'entrée)
9. Autres professionnels
10. FADM

Pour la description de chaque onglet voir l'annexe 1

4.2 Notes au dossier

Chaque intervention auprès d'un résident doit être consignée dans une note à son dossier et contenir toutes les informations pertinentes concernant le suivi, de même que les soins et services qui lui sont offerts par l'établissement. Cette note peut être rédigée sur une feuille assignée à cette fin selon le secteur d'activités ou dans un système informatisé.

Les différents intervenants autorisés à mettre des informations au dossier doivent le faire selon les normes propres à leurs professions.

La note est :

- Une représentation chronologique de toutes interventions réalisées par un professionnel, un stagiaire ou un gestionnaire auprès d'un usager;
- Le résultat d'une décision;
- La preuve de la réalisation des actes professionnels.

La note au dossier du résident permet de faire des liens entre la situation ce dernier et les autres informations incluses dans son dossier. La rédaction de notes est un acte professionnel qui témoigne de l'évolution et de la collaboration de l'usager à chacune des étapes du processus clinique.

Ce qui n'est pas inscrit au dossier est considéré comme non fait.

4.2.1 Fonction de la note

Les notes au dossier du résident ont plusieurs fonctions, dont celle d'assurer la continuité, la qualité et la cohérence des soins et des services rendus. Le contenu des notes doit être :

- Pertinent aux interventions effectuées ou aux services rendus;
- Nécessaire pour répondre aux besoins du ou des résidents;
- Indispensable à l'accomplissement du travail des au très professionnels de la santé.
-

De façon plus spécifique, les principaux objectifs de la note au dossier sont les suivants :

- Répondre aux exigences légales;
- Relater de façon succincte des actes, des faits, de soins, des traitements, des situations ou des événements qui sont jugés significatifs pour l'évolution de l'état de santé et pour le suivi des interventions réalisées;

- Fournir, en temps opportun, l'information concernant le résident et pour laquelle celui-ci ou son représentant légal a droit d'accès;
- Fournir, en temps opportun, un moyen efficace de communication entre les intervenants et faciliter le partage d'informations et la planification des interventions;
- Servir de preuves des actes et des faits observés (des signes et symptômes) ou collectés par des examens para clinique;
- Servir aux fins d'évaluation de la qualité des services rendus, d'étude ou de recherche

4.2.2 Une bonne note au dossier

Pour qu'une note est un apport utile et de qualité, l'information doit être :

- Pertinente
- Exacte
- Complète
- Bien organisée

Les notes au dossier du résident sont rédigées au fur et à mesure que des interventions sont réalisées.

Le stylo utilisé pour la note doit être non effaçable avec encre indélébile

4.2.3 La procédure pour inscrire une note tardive

Manuscrite :

- L'entrée tardive doit être inscrite à la suite de la dernière note;
- Indiquer la mention « note tardive » en début de texte;
- Rédiger la note telle que cela aurait dû être fait au bon moment.

Informatisé :

- L'entrée tardive doit être inscrite comme nouvelle note;
- Indiquer la mention « note tardive » en début de texte dans l'espace de rédaction;
- Sélectionner la date à laquelle l'évènement s'est déroulé dans le menu déroulant;
- Rédiger la note telle que cela aurait dû être fait au bon moment.

4.2.4 Utilisation des citations et des abréviations

- Les citations peuvent être utilisées lorsqu'il y a une part d'interprétation dans les faits présentés ou que les renseignements sont rapportés par l'utilisateur ou par un tiers. Dans de tels cas, les citations doivent apparaître entre guillemets et les sources doivent être clairement identifiées;
- Utilisation des abréviations et des symboles est à éviter puisqu'elle peut comporter des risques d'interprétation.

4.2.5 En cas d'erreur

- Ne pas utiliser de liquide ou produit correcteur. Les stylos effaçables sont interdits
- Faire un trait sur l'erreur, dater et initialiser

4.2.6 Confidentialité

Toute information concernant un usager, qu'elle soit verbale, écrite, photographique ou autre est de nature confidentielle

4.3 Évaluation de la qualité de la tenue de dossiers

Mensuellement l'infirmier/infirmière chef d'équipe fera l'évaluation de dossiers. Le nombre de dossiers évalués sera en fonction du nombre de dossiers de chacun des établissements indépendamment, afin que tous les dossiers soient évalués chaque année.

Voir la grille d'évaluation de la qualité (annexe 2)

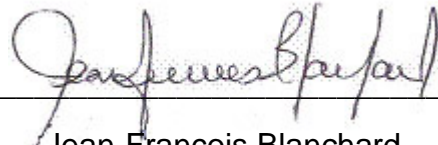
5. Références

Guide de rédaction de la note au dossier de l'utilisateur pour les membres du CM et du CII, juin 2018, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais

Signé le 29-01-2024

Date

par



Jean-François Blanchard
Directeur général

Annexe 1



CONTENU DU DOSSIER CLINIQUE D'ADMISSION DU RÉSIDENT

En début de dossier :

- Profil pharmaceutique
- Cueillette de données/contacts
- Questionnaire antécédant buccodentaire

Onglets :

1- ADMISSION:

- Admission et suivi post admission
- Résumé du dossier antérieur/SMAF
- Histoire de vie
- Particularités alimentaires
- Feuille buanderie

2- CONSENTEMENT :

- Niveau de soins/RCR
- Formulaire de consentement aux soins |
- Transfert de pharmacie
- Mode administration médication (ronde écrasée...)
- Permission du tutoiement
- Autorisation de communiquer les renseignements (archives)
- Consentement à la vaccination
- Consentement mesures de contrôle (contentions)

3- LABO/IMAGERIE

- Formulaire analyse biologique
- Résultats de laboratoire, radiologie et autres examens

4- SV / GLUCO :

- Signes vitaux
- Température corporelle de base
- Feuille de résultats de glycémie et suivi
- Balance liquidienne
- Grille de nutrition (PRN)
- Surveillance clinique et signes vitaux usager sous opiacés

SI-RÉS – CONTENU DU DOSSIER CLINIQUE

Approuvé le	Révisé le
Juillet 2013	Avril 2023

- 5- PTI/évaluation :
- PTI
 - Dépistage risque de chute (Scott fall)
 - Échelle de Braden
 - Examen gériatrique
 - Test d'évaluation du délirium
 - Échelle de dépression gériatrique
 - Échelle de dépression avec TNC (Cornell)
 - Risque de suicide (PRN)
 - Évaluation buccodentaire
 - Grille mesure exceptionnelle de contrôle (contention)
- 6- NOTES INFIRMIÈRE :
- Observation de l'infirmière
 - Grille suivi de plaie
 - Grille suivi de chute
 - Bilan 24 hres covid-19
 - Évaluation comportementale de la douleur (Painad)
- 7- NOTES MÉDECIN :
- Note d'évolution
 - Observation médicale (examen physique)
 - Consultation médicale
- 8- ORDONNANCE :
- Ordonnances médicales
 - Ordonnances de l'hôpital, de l'infirmières ou autres
- 9- PI / PSI / MULTI :
- Plan d'intervention individualisé
 - PI, PII, PSI et autres
- 10- AUTRES :
- Équipement en prêt du CLSC ou d'autres organismes
 - Recommandations des intervenants externes
- 11- FADM :
- Feuille d'administration des médicaments

SI-RÉS – CONTENU DU DOSSIER CLINIQUE

Approuvé le	Révisé le
Juillet 2013	Avril 2023

Annexe 2

Vérification de la conformité des dossiers												Mois :									
Numéro de dossiers révisés Évaluation des notes des derniers 48heures												Nombre	Nombre			Taux					
												Oui	Non	Total	conformité						
date et heure de la rédaction																#DIV/0!					
Écriture clair, lisible et exacte																#DIV/0!					
utilisation de la bonne terminologie																#DIV/0!					
utilisation des bonnes abréviations																#DIV/0!					
Correction des erreurs: rayer et initialiser ne pas effacer ou utiliser produit correcteur sur aucun document																#DIV/0!					
Utilisation d' un stylo à l' encre non effaçable et indélébile																#DIV/0!					
Signature avec titre																#DIV/0!					
PTI à jour Plan de traitement à jour																#DIV/0!					
Présence de la note pour la dernière visite médicale lisible																#DIV/0!					
clarté des ordonnances																#DIV/0!					
Présence des notes pour les autres professionnels datées,clartées, signées																#DIV/0!					
Vérification FADM du mois: clarté, initiales et signature																#DIV/0!					
Réévaluation d'un PRN au dossier																#DIV/0!					
Vérification plan de traitement clarté de l' information																#DIV/0!					
Initiales inf.																					
Commentaires :																					
	Nom			Initiales		Initiales		Initiales		Nom		Initiales									