

GUIDE: LA TENUE DE DOSSIER SIMPLIFIÉ

La bonne rédaction du dossier patient bénéficie à la fois au thérapeute et au patient car il témoigne de votre rigueur et de votre professionnalisme.

IMPORTANTANCE

- Aide mémoire: suivi, efficacité, sécurité
- Outil de communication collègues et autres professionnels (avec consentement écrit du patient)
- Reflet du travail accompli
- Protection du public
- Protection du thérapeute
- Attestation de traitement
- Peut éventuellement contribuer à la recherche (le consentement éclairé et écrit du patient est nécessaire à chaque projet recherche auquel le dossier sera utilisé.)

CONTENU

- 1 Dossier par patient
- Protéger l'accès au Dossier: Classeur fermé à clé
- Assurer la confidentialité des données
- Chacune des notes doit être suivie de la signature ou des initiales
- Chacune des notes doit être lisibles pour tout autre intervenant ou personnes autorisées à consulter le dossier.
- La note au dossier doit être rédigée au moment où immédiatement après la consultation. **La note aura toujours préséance à la mémoire.** Si le membre ne peut la rédiger le jour même, il devra indiquer la date de rédaction en plus de la date de consultation.
- Lorsqu'il veut rectifier une note a posteriori (AMENDER) , le membre doit procéder par l'ajout d'une nouvelle inscription au dossier. **L'inscription initiale doit cependant demeurer lisible.**

Données obligatoires:

- a) la date d'ouverture du dossier;
- b) le nom, son sexe, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone;
- c) lorsque le client est une personne mineure ou inapte, le nom du tuteur son adresse, son numéro de téléphone, et une preuve de l'autorité qu'il détient lorsque nécessaire;

ANAMNÈSE (une seule section qui évolue de la première à la dernière consultation)
d) la description sommaire des motifs de la consultation

e) la description des antécédents et revue des systèmes des affections associées et tout renseignement ou document obtenu d'un autre professionnel,

f) le diagnostic médical documenté ou l'évaluation ostéopathe faite par un autre membre.

CONSULTATIONS (une durée limitée dans le temps lors d'une visite du patient)

À chaque rencontre le thérapeute doit inscrire: SOAPIE

- **Date et l'heure**

- **L'Évaluation Subjective et Objective** du problème

Test / Évaluation / Outil de mesure

Les dysfonctions identifiés

- **Analyse**

a synthèse des conclusions de l'évaluation;

- **Plan** de traitement correspondant aux dysfonctions et incapacités identifiées;

- **Intervention**

Les Interventions thérapeutiques / techniques effectués

Les recommandations faites au patient;

- **Efficacité / Suite**

Une impression sur l'évolution de la condition et l'efficacité de l'intervention

Le travail envisagé pour les prochaines rencontres;

- le montant des honoraires.

AMENDEMENTS

Dans l'éventualité où il serait nécessaire de faire un ajout ou d'apporter une correction à un dossier, les changements doivent être datés et signés (ou paraphés). La note initiale au dossier ne doit pas être supprimée ou rendue illisible lors de modifications apportées au dossier. En d'autres mots, si une modification est apportée au dossier, il doit s'agir d'une note complémentaire lisible faisant suite à la note initiale.

Communications avec le client et autres professionnels : toute communication écrite, téléphonique ou électronique avec doit être notée au dossier.

- les annotations et autres documents sur les services professionnels rendus;
- tout document sur la transmission de renseignements à des tiers,
- Lorsqu'un client retire un document du dossier qui le concerne, le membre doit insérer dans ce dossier une note signée par le client, indiquant la nature du document et la date du retrait de celui-ci
- Le dossier devrait contenir des faits et non des JUGEMENTS

***** Rédigez vos notes en considérant qu'il se peut que votre dossier soit lu par des tiers ou évalué.**

Archivage des données:

- conserver chaque dossier pendant au moins 5 ans à compter de la date du dernier service rendu (certaines province 14 ans). Après détruire en conservant la confidentialité.
- Le thérapeute doit conserver ses dossiers dans un local ou un meuble pouvant être fermé à clef ou autrement et auquel le public n'a pas accès librement

N'hésitez pas à m'écrire et de me faire part de vos commentaires,

Michel Dufresne D.O.
support@StaminaSys.com

Les documents suivants ont servi à la rédaction de ce résumé:

Pour plus amples renseignements:

Ostéopathie Québec

<http://osteopathiequebec.ca/maitriser-les-regles-de-la-tenue-de-dossier-une-preuve-de-rigueur-et-de-professionalisme/>

Collège des Médecins du Québec

<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1487537936990>

Association Médicale Canadienne

https://www.cmpa-acpm.ca/documents/10179/24937/com_electronic_records_handbook-f.pdf