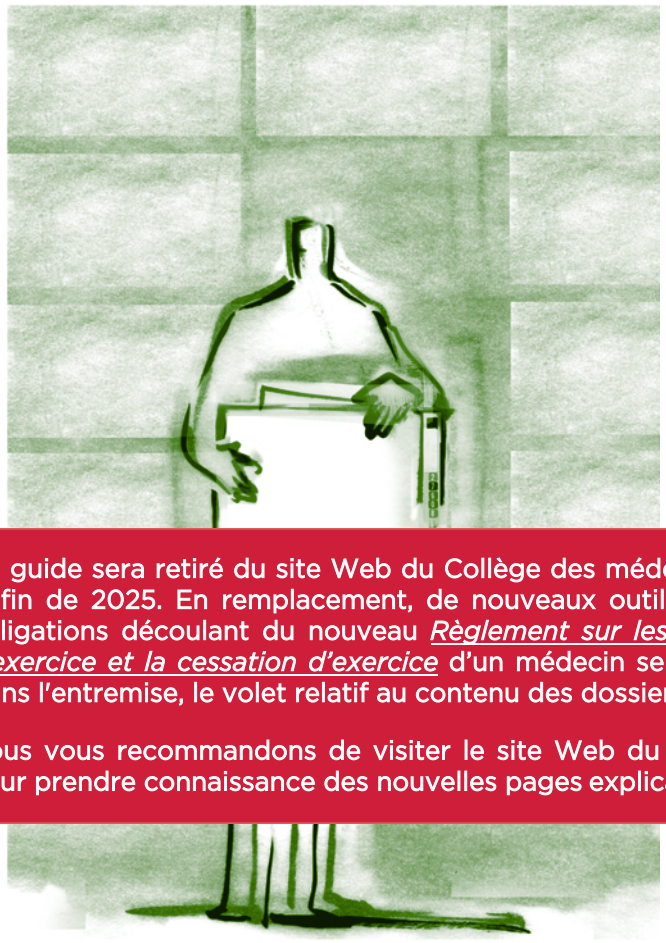
La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés

Guide d'exercice

du Collège des médecins du Québec



Ce guide sera retiré du site Web du Collège des médecins du Québec (CMQ) d'ici la fin de 2025. En remplacement, de nouveaux outils reflétant les plus récentes obligations découlant du nouveau *Règlement sur les dossiers cliniques, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice* d'un médecin seront mis à votre disposition. Dans l'entremise, le volet relatif au contenu des dossiers demeure pertinent.

Nous vous recommandons de visiter le site Web du CMQ à intervalles réguliers pour prendre connaissance des nouvelles pages explicatives qui y seront publiées.

DÉCEMBRE 2005

COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

03/2022
Nouvelles précisions sur la feuille sommaire (chapitre 3)

Table des matières

Avant-propos 5

1. La tenue des dossiers 6

1.1 Un outil de communication

1.2 Un outil d'évaluation

1.3 Un élément de protection juridique

1.4 Utile à l'enseignement et à la recherche

2. Les éléments généraux de la tenue des dossiers 7

2.1 Renseignements sur l'identité du patient

2.2 Date, heure et signature

2.3 Dictée

2.4 Contenu du dossier

2.5 Agencement des éléments du dossier

2.6 Corrections dans le dossier

2.7 Dossier informatisé

2.8 Transmission du dossier

3. La feuille sommaire 10

3.1 Objectifs

3.2 Généralités

3.3 Cause immédiate du décès

3.4 Diagnostics

3.5 Complications

3.6 Traitements médical, chirurgical et obstétrical

3.7 Examens spéciaux

3.8 Orientation du patient

3.9 Copie de la feuille sommaire ou du résumé du dossier

3.10 Signature du médecin responsable et date

3.11 Note complémentaire sur l'hospitalisation (note de départ)

3.12 Délai de rédaction

3.13 Rôle de l'archiviste médicale

4. La tenue des dossiers des patients admis 16

4.1 Note d'admission

4.2 Observation médicale (« histoire de cas »)

4.3 Ordonnances médicales

4.4 Notes d'évolution rédigées par le médecin

4.5 Formule de consentement

4.6 Consultation médicale

4.7 Examens complémentaires

4.8 Demandes de services professionnels

4.9 Protocole d'anesthésie

4.10 Protocole opératoire

4.11 Dossier du nouveau-né

4.12 Dossier obstétrical

4.13 Constatation du décès et bulletin de décès

4.14 Décès neurologique et don d'organes

4.15 Note de départ

5. La tenue des dossiers de chirurgie et de médecine d'un jour 32

6. La tenue des dossiers des patients inscrits 33

6.1 Service d'urgence

6.2 Consultations externes (« clinique externe »)

6.3 Délai de rédaction

7. La télémédecine 35

Bibliographie 36

Avant-propos

Le dossier médical est indissociable de l'exercice de la médecine, car il témoigne de l'état du patient, de l'évolution de la maladie et de la conduite du médecin. Le dossier médical est donc étroitement associé au progrès de la médecine. En conséquence, le Collège des médecins du Québec lui accorde une grande importance, comme en fait foi la publication de plusieurs guides sur le sujet depuis 1984.

Le présent document constitue une mise à jour du guide publié en 1996[1] et tient compte de l'évolution de l'exercice de la médecine, tant sur le plan scientifique que sur celui de la prestation des soins. Ainsi, il décrit le contenu de certains rapports d'examens diagnostiques et s'attarde de façon particulière à la feuille sommaire du dossier. À cela s'ajoutent des sections portant sur les nouvelles réalités, dont la médecine de jour, la télémédecine et le dossier informatisé.

Comme le dossier médical est le témoin fidèle de l'état clinique du patient et des actes posés par le médecin, le Collège le considère comme un des outils appropriés pour apprécier la qualité de l'acte médical[2,3]. Ce guide énonce donc les paramètres du dossier nécessaires à cette fonction et sert de référence à la rédaction des éléments d'amélioration transmis aux conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) découlant des visites d'inspection professionnelle dans les centres hospitaliers. Il est aussi proposé aux CMDP comme document de référence dans l'élaboration de leur réglementation sur la tenue des dossiers.

Ce guide s'adresse aux médecins exerçant en centre hospitalier et vise à les aider à tenir leurs dossiers de façon à refléter la qualité des soins qu'ils offrent.

---

1. Collège des médecins du Québec, *Tenue du dossier : Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier,* Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 24 p.

2. Collège des médecins du Québec, *Tenue du dossier : Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC,* Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 16 p.

3. Collège des médecins du Québec, *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets,* (2005) 137 G.O. II, 895.

1. La tenue des dossiers

On ne saurait trop insister sur la nécessité, pour le médecin, de s'astreindre à une excellente tenue des dossiers, puisque ce document vise des objectifs multiples et témoigne de sa conduite professionnelle.

Le dossier médical doit être le reflet fidèle de l'état du patient comme de l'ensemble des soins qui lui sont prodigués et de tout événement le concernant. À ce titre, il constitue un aide-mémoire essentiel à la prestation de soins de qualité. On ne saurait trop insister sur la nécessité, pour le médecin, de s'astreindre à une excellente tenue des dossiers, puisque ce document vise des objectifs multiples et témoigne de sa conduite professionnelle.

1.1 Un outil de communication

Le dossier médical est une source importante de renseignements concernant un patient. Il permet, le cas échéant, de transmettre les renseignements appropriés aux divers professionnels et instances concernés par le patient :

- d'autres médecins, qu'il s'agisse de consultants, de remplaçants ou d'un médecin appelé à assurer le suivi du patient après son congé ;
- d'autres professionnels appelés à intervenir auprès du patient ;
- d'autres établissements ;
- tout autre organisme ou personne concernées (p. ex. compagnie d'assurances, employeur, etc.).

1.2 Un outil d'évaluation

La tenue du dossier médical témoigne généralement de la qualité des services que le médecin fournit à ses patients et, conséquemment, de sa compétence. C'est pourquoi le Collège des médecins du Québec considère le dossier comme un instrument à privilégier pour évaluer la qualité de l'exercice professionnel.

1.3 Un élément de protection juridique

Le dossier constitue, tant pour le médecin que pour le patient, un élément de protection juridique. En effet, plus le dossier sera complet, plus il sera utile pour attester les événements survenus.

1.4 Utile à l'enseignement et à la recherche

Le dossier représente également un document précieux pour l'enseignement, la recherche et la compilation de statistiques ainsi que pour la mise en place et le suivi d'indicateurs cliniques de qualité.

2. Les éléments généraux de la tenue des dossiers

Le dossier médical étant un outil important de communication entre professionnels, le médecin devrait s'astreindre à y écrire lisiblement toute note. Il devrait également limiter le plus possible l'emploi des abréviations, et n'en utiliser aucune dans la feuille sommaire.

2.1 Renseignements sur l'identité du patient

Toute feuille ou tout formulaire du dossier doivent être identifiés clairement au patient concerné ; on doit y trouver au moins ses nom, prénom, sexe, date de naissance, adresse, numéro de téléphone, numéro d'assurance-maladie et numéro de dossier.

2.2 Date, heure et signature

Toute inscription au dossier médical devrait comporter la date, l'identification, le numéro de permis et la signature de son auteur. L'habitude d'inscrire l'heure de façon systématique permettra de toujours retrouver cette information, notamment dans les cas d'urgence, aux soins intensifs, à la salle de réveil, à la salle d'accouchement, dans les unités de soins, etc. L'ajout du nom du département ou du service médical et, dans les cas d'étudiants et de résidents, du niveau de formation, est également souhaitable.

Dans les hôpitaux d'enseignement, le médecin responsable du patient doit contresigner tous les documents rédigés par un étudiant ou un externe dès qu'il en a pris connaissance et après y avoir apporté, s'il y a lieu, les corrections nécessaires.

2.3 Dictée

Toute partie du dossier qui est dictée doit comprendre les dates de dictée et de transcription. Le médecin responsable de la dictée doit corriger la transcription, s'il y a lieu, et la signer dans les meilleurs délais après son dépôt au dossier.

2.4 Contenu du dossier

Seuls les éléments pertinents à l'investigation, au diagnostic ou au traitement du patient doivent figurer au dossier médical. On peut y inscrire des éléments factuels pour expliquer un délai dans le traitement ; cependant, le dossier ne doit, en aucun temps, servir de véhicule à des commentaires gratuits sur la personnalité d'un patient ni à des remarques ayant trait à des problèmes administratifs ou à des conflits personnels. Tout médecin devrait adresser ses remarques, ses critiques ou ses griefs aux autorités compétentes par les voies appropriées.

2.5 Agencement des éléments du dossier

Le Collège des médecins du Québec estime qu'il est très utile, pour les soins du patient, de réunir tous les éléments du dossier médical dans un document unique. Par exemple, dans le cas des dossiers de consultations externes en psychiatrie, il est essentiel d'inscrire au dossier central la date de chaque consultation, le diagnostic et le traitement médicamenteux détaillé, s'il y a lieu.

L'évolution vers une plus grande complémentarité entre les soins fournis sur une base externe et ceux fournis lors d'une admission devrait amener les centres hospitaliers à revoir l'agencement des éléments du dossier de façon à regrouper tous les renseignements liés à un même épisode de soins.

Le Collège considère qu'un dossier est unique, même si certains éléments (p. ex. rapport d'examen de laboratoire, rapport d'examen de radiologie, etc.) peuvent être conservés sur un support informatique, pour autant que les médecins puissent avoir accès facilement aux résultats à l'aide d'un terminal.

2.6 Corrections dans le dossier

Lorsqu'un médecin souhaite apporter une correction à une note déjà inscrite au dossier (p. ex. un rapport d'examen ou un protocole), il doit rédiger une note complémentaire, datée du jour de la correction, ou produire un rapport amendé. En aucun temps, il ne doit altérer ni retirer un élément déjà au dossier.

2.7 Dossier informatisé

Les dispositions réglementaires imposées par le Collège pour le dossier papier s'appliquent au dossier informatisé en ce qui a trait à l'authenticité du dossier, à son contenu, à sa conservation, à son accès et à la confidentialité.

Lors de l'authentification des renseignements contenus dans le dossier, la signature électronique peut équivaloir à la signature manuscrite applicable au dossier papier. Toutefois, pour préserver l'authenticité du contenu des éléments du dossier informatisé, le logiciel doit être conçu de façon que les données déjà inscrites ne puissent être ni effacées, ni remplacées, ni modifiées. De plus, le logiciel doit permettre de garder en mémoire, de manière quotidienne, les accès au dossier et les ajouts ou nouvelles inscriptions qui y sont apportés.

Le calendrier de conservation doit être conforme à la *Loi sur les archives*[4] et identique à celui du dossier papier.

Il est essentiel de sécuriser l'accès au dossier et sa confidentialité au moyen de la technologie nécessaire (code d'accès, mot de passe, carte magnétique, identification biométrique [empreinte digitale], etc.).

4. *Loi sur les archives,* L.R.Q., c. A-21.1

2.8 Transmission du dossier

Peu importe le mode de transmission (papier, télécopie, informatique), seul le service des archives devrait être autorisé à imprimer et à transmettre les renseignements compris dans les dossiers hospitaliers. Le service des archives devrait également être responsable d'établir les procédures à suivre en cas d'urgence.

Le dossier peut être transmis directement par voie informatique dans un réseau sécurisé, tel le Réseau de télécommunications socio-sanitaires (RTSS) ou tout autre type de réseau privé virtuel (*virtual private network* ou VPN).

NOTE IMPORTANTE – Mars 2022

Chapitre 3 – La feuille sommaire

Le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice et la cessation d'exercice d'un médecin est en cours de révision. Lorsque la nouvelle version de ce règlement sera adoptée, le Collège procèdera à la révision de ses deux guides d'exercice, intitulés *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en milieu extrahospitalier* et *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés*.

Dans l'intervalle, le Collège souhaite apporter les précisions suivantes concernant la rédaction de la feuille sommaire en établissement, sujet abordé au chapitre 3 de ce guide.

Utilité de la feuille sommaire

La feuille sommaire revêt une importance particulière dans les centres hospitaliers :

- Elle permet aux médecins et autres professionnels de prendre rapidement connaissance des circonstances entourant un épisode de soins et des principaux événements qui l'ont marqué.
- Elle est le principal outil de communication entre le centre hospitalier et les milieux extrahospitaliers pour assurer une continuité de soins diligente et sécuritaire.
- Elle permet aux archivistes des établissements de codifier les principales affections aux fins de statistiques et d'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Circonstances où la feuille sommaire doit être remplie

La feuille sommaire doit être remplie dans les situations suivantes :

- **Au terme d'une hospitalisation de courte ou de longue durée,** même si celle-ci se termine par le décès du patient.
- **Lors d'une chirurgie d'un jour.** Même si, dans cette situation, l'épisode de soins dure moins de 24 heures, l'état de santé parfois précaire qui en découle doit être connu du médecin et des autres professionnels qui auront à effectuer un suivi en externe. De plus, si l'état du patient nécessite qu'il se présente à la salle d'urgence dans les heures suivant l'intervention chirurgicale, le personnel soignant, qui n'aura pas encore accès au contenu du protocole opératoire, pourra consulter rapidement la feuille sommaire pour se faire une idée du problème.
- **Lors d'une intervention en centre de médecine de jour.** Elle doit être remplie et signée même si une seule rencontre est prévue. Lorsque le patient est appelé à s'y présenter plus d'une fois, selon la situation clinique, la feuille sommaire doit être remplie et signée initialement, puis à la fin de l'épisode de soins, ainsi que périodiquement, soit aux 3 à 6 mois, selon le jugement clinique, si l'épisode de soins se prolonge ou selon l'évolution clinique du patient. En tenant la feuille sommaire à jour, on s'assure de transmettre toutes les informations pertinentes au personnel soignant à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Compte tenu de ces variations, la feuille sommaire doit contenir essentiellement les informations les plus pertinentes à l'intervention effectuée.

3. La feuille sommaire

La rédaction de la feuille sommaire du dossier médical revêt une importance particulière dans les centres hospitaliers. Elle permet au médecin et aux autres professionnels de prendre connaissance rapidement de la raison d'une hospitalisation et des principaux événements qui l'ont marquée.

3.1 Objectifs

La feuille sommaire devrait refléter l'état du patient lors de l'épisode de soins et permettre d'identifier l'affection justifiant l'hospitalisation du patient et les autres affections, les complications survenues au cours de l'hospitalisation, les traitements administrés et les recommandations données à son départ ; elle permet également de conserver ces éléments si le dossier est détruit, de les transmettre, le cas échéant, pour assurer le suivi du patient ainsi que de saisir et de codifier les données nécessaires au développement et au maintien des banques de données et des index hospitaliers.

La feuille sommaire devrait refléter l'état du patient lors de l'épisode de soins et permettre :

- d'identifier l'affection justifiant l'hospitalisation ;
- d'identifier les autres affections du patient, les complications survenues au cours de l'hospitalisation, les traitements administrés et les recommandations données à son départ ;
- de conserver ces éléments si le dossier est détruit ;
- de transmettre ces éléments, le cas échéant, pour assurer le suivi du patient ;
- de saisir et de codifier les données nécessaires au développement et au maintien des banques de données et des index hospitaliers.

3.2 Généralités

Le Collège recommande fortement l'utilisation du formulaire « Feuille sommaire d'hospitalisation » (AH-109). Accordant une grande importance à ce formulaire, il croit nécessaire d'en expliciter son contenu et la façon de le remplir.

Précision des diagnostics

Chaque diagnostic inscrit sur la feuille sommaire doit avoir la plus grande valeur informative possible et englober les détails connus, notamment concernant la localisation, la nature et l'étiologie d'une affection. Dans les cas de néoplasie, on doit y indiquer le degré d'extension (stade clinique) et le grade histologique, le cas échéant.

Non-utilisation des abréviations

Afin que soient évitées les erreurs d'interprétation relatives à la langue ou à la spécialité médicale, les inscriptions sur la feuille sommaire ne doivent comporter ni symbole ni abréviation, compte tenu qu'il s'agit du document le plus fréquemment transmis hors du centre.

Terminologie

Tous les diagnostics appropriés devraient être consignés selon la terminologie d'un système reconnu de nomenclature des maladies. Dans les établissements du Québec, on utilise la terminologie de la Classification internationale des maladies (CIM).

3.3 Cause immédiate du décès

L'espace destiné à la cause du décès indique la maladie ou l'affection morbide ayant directement provoqué le décès. Il ne s'agit pas du mode de décès (p. ex. arrêt cardiaque, syncope, décès neurologique [ou mort cérébrale]), mais de la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort.

Habituellement, la cause immédiate du décès y sera indiquée telle qu'elle a été inscrite sur le formulaire « Bulletin de décès » (SP-3). Toutefois, certains rapports d'examens complémentaires, d'anatomopathologie ou autres pourront fournir des éléments permettant de préciser ou de modifier la cause du décès.

3.4 Diagnostics

L'établissement du diagnostic d'admission et du diagnostic principal relève de la décision du médecin responsable du patient. Deux sections du formulaire normalisé y sont consacrées.

L'établissement du diagnostic d'admission et du diagnostic principal relève de la décision du médecin responsable du patient. Deux sections du formulaire normalisé y sont consacrées.

Diagnostic d'admission

Afin de disposer d'éléments supplémentaires qui permettraient une meilleure évaluation de la qualité des soins, le Collège préconise l'inscription, dans cette section du formulaire, de la maladie ou de l'affection qui a justifié l'admission. Il s'agit du diagnostic présumé à l'arrivée du patient et non pas des symptômes observés chez le patient lors de l'admission.

Diagnostic principal

Le diagnostic principal correspond à l'affection la plus importante présentée par le patient durant son hospitalisation. Dans la plupart des cas, il est étroitement lié au diagnostic d'admission.

Chez un patient présentant plusieurs affections, il peut parfois être difficile de désigner l'une d'elles comme diagnostic principal. Dans ce cas, le médecin responsable du patient indique comme diagnostic principal l'affection ayant requis la plus grande part des ressources médicales durant le séjour. L'expression « ressources médicales » tient compte des modalités d'investigation et de traitement, et non exclusivement de la durée du séjour hospitalier.

Lorsque aucun diagnostic précis ne peut être posé, on retiendra le principal symptôme ou problème de santé, par exemple fièvre d'origine inconnue (voir l'encadré).

Exemples permettant de distinguer le diagnostic d'admission du diagnostic principal

- Chez un patient opéré pour une appendicectomie qui se complique d'un infarctus aigu du myocarde nécessitant des consultations médicales et un séjour aux soins intensifs, le diagnostic d'admission sera « appendicite » et le diagnostic principal, « infarctus du myocarde ». Chez un patient n'ayant pas eu de complication, le diagnostic d'admission et le diagnostic principal seront le même.
- Chez un patient diabétique admis pour une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et présentant un débalancement de son diabète qui prolonge son séjour, le diagnostic d'admission sera « lithiase vésiculaire » et le diagnostic principal, « diabète décompensé ».

Autres diagnostics et problèmes

Comme pour le diagnostic d'admission et le diagnostic principal, le choix des autres diagnostics et problèmes relève de la décision du médecin responsable du patient. Doivent être inscrits dans cette section :

- les affections autres que l'affection principale qui ont été traitées ou diagnostiquées pendant le séjour dans l'établissement ;
- les symptômes, les signes ou les examens anormaux qui, malgré l'investigation, sont restés inexpliqués à la fin de la période de soins (p. ex. fièvre d'origine inconnue, éruptions) ;
- les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état du patient et qui ont influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. diabète ou maladie pulmonaire obstructive chronique instable).

Diagnostics concomitants

Dans la section réservée aux diagnostics concomitants, le médecin peut inscrire les renseignements sur les maladies chroniques susceptibles d'affecter l'état du patient, mais qui n'ont pas influé sur sa prise en charge durant son hospitalisation (p. ex. polyarthrite rhumatoïde stable, hernie inguinale, hypertrophie bénigne de la prostate) et qui pourraient être une source d'information clinique utile.

Une complication est un phénomène morbide nouveau, causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation.

3.5 Complications

Une complication est un phénomène morbide nouveau, causé ou précipité par une affection, son investigation ou son traitement (p. ex. éviscération, fibrillation ventriculaire, péritonite biliaire, complications dues aux médicaments, etc.) ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation.

Toutes les complications doivent être inscrites, même si celles-ci sont reconnues comme fréquentes ou peu préjudiciables.

3.6 Traitements médical, chirurgical et obstétrical

Traitement médical

La section sur le traitement médical est consacrée aux traitements spéciaux, dont l'administration nécessite habituellement un protocole (p. ex. radiothérapie, chimiothérapie, cardioversion, électrothérapie).

Toute transfusion d'unité de sang ou de ses produits dérivés, le cas échéant, doit y être signalée.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical inclut toutes les opérations que subit un patient pendant son séjour dans un établissement. Lorsque plusieurs interventions sont effectuées au cours d'un même temps anesthésique, chacune d'elles doit être rapportée (p. ex. cholécystectomie, cholédocotomie et appendicectomie complémentaire).

Il faut mentionner toute voie d'accès qui modifie la gravité ou le risque opératoire de l'intervention (p. ex. méniscectomie par arthroscopie, ligature des trompes par laparoscopie, hystérectomie vaginale) ou que l'on veut codifier (p. ex. dans le cas d'une nouvelle technologie).

La mention « laparotomie exploratrice » ne doit être inscrite que si le diagnostic est inconnu avant l'opération.

Les biopsies doivent figurer dans cette section de même que les actes radiologiques comportant une intervention.

Traitement obstétrical

Le traitement obstétrical comprend les éléments suivants :

- l'induction ou la stimulation du travail ;
- le type d'accouchement (par césarienne ou par voie vaginale) et le mode de présentation (céphalique ou par le siège) ;
- toutes les manœuvres obstétricales telles que épisiotomie, réparation de lacération, utilisation de forceps et de ventouse, révision utérine, extraction placentaire, etc. ;
- l'anesthésie obstétricale régionale.

3.7 Examens spéciaux

Les examens spéciaux sont des actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale. Ces examens comprennent, notamment :

- les endoscopies : gastroscopie, bronchoscopie, laparoscopie, etc. ;
- certains examens radiologiques : artériographie, arthrographie-tomodensitométrie (arthro-scan), embolisation, etc. ;
- certaines ponctions : lombaire, pleurale, d'ascite, etc.

3.8 Orientation du patient

Le médecin doit faire un crochet dans l'une des cases de la feuille sommaire, selon le cas. Lorsque le patient est transféré dans un autre établissement, il faut indiquer le nom de cet établissement. Le besoin de soins à domicile devrait également y être inscrit.

3.9 Copie de la feuille sommaire ou du résumé du dossier

Dans cette section, le médecin responsable du patient peut indiquer le nom du médecin ou de l'établissement à qui une copie de la feuille sommaire ou du résumé du dossier doit être transmise. Le médecin doit, dans ces cas, s'assurer que le patient a donné son consentement pour la transmission de tels renseignements.

3.10 Signature du médecin responsable et date

C'est le médecin qui a pris en charge le diagnostic principal qui devrait remplir la feuille sommaire. Si plusieurs médecins sont intervenus, chacun devrait remplir les sections qui le concernent.

Dans cette section, le médecin responsable du patient doit s'identifier et apposer sa signature, suivie de son numéro de permis d'exercice et de la date de cette signature. Aucun ajout, aucun retrait ni aucune modification de la feuille sommaire ne peut être effectué par la suite sans une authentification de la part du médecin. Tout changement doit être daté.

C'est le médecin responsable du patient (celui qui a pris en charge le diagnostic principal) qui devrait remplir la feuille sommaire. Si plusieurs médecins sont intervenus, chacun devrait remplir les sections qui le concernent.

3.11 Note complémentaire sur l'hospitalisation (note de départ)

C'est le médecin responsable du patient pendant son hospitalisation qui devrait rédiger la note de départ. On recommande fortement au médecin d'inscrire cette dernière au verso de la feuille sommaire au moment où il autorise le congé.

Cette note doit comporter les éléments suivants :

- la mise à jour de chacun des problèmes et des précisions sur l'état du patient lors de son départ ;
- les diverses recommandations relatives aux problèmes présentés par le patient (p. ex. orientation, rendez-vous, arrêt de travail, physiothérapie, etc.) ;
- les médicaments prescrits, la posologie et la durée de l'ordonnance.

3.12 Délai de rédaction

La feuille sommaire doit être remplie lors du départ du patient, sauf en ce qui a trait aux éléments susceptibles d'être influencés par un résultat d'examen ou un rapport de consultation non disponible au moment du départ. Le cas échéant, ces éléments devront être inscrits sur la feuille sommaire au plus tard 72 heures après que les résultats des examens essentiels à la justification du diagnostic sont versés au dossier.

Lorsque des éléments sont ajoutés au dossier une fois que la feuille sommaire est remplie (rapports d'examens anatomopathologiques ou d'imagerie, autres rapports d'examens complémentaires, etc.), et qu'ils sont susceptibles d'entraîner des corrections aux inscriptions y figurant déjà, ceux-ci doivent être soumis au médecin responsable du patient, qui évaluera les corrections devant être apportées. Ces corrections devraient être inscrites au dossier dans les sept jours suivant le moment où le médecin en a été informé.

3.13 Rôle de l'archiviste médicale

En plus d'assurer la confidentialité des données, l'archiviste joue un rôle important dans la collecte et la validation de ces données de même que dans le codage des diagnostics et des actes (thérapeutiques et diagnostiques) servant à établir la banque de données provinciales MED-ECHO.

Le Collège reconnaît à l'archiviste médicale un rôle de soutien auprès des médecins aux fins du parachèvement de la feuille sommaire. Il revient cependant au médecin responsable du patient de décider de l'ajout ou non d'un diagnostic sur la feuille sommaire.

L'archiviste médicale peut toutefois inscrire sur la feuille sommaire, et ce, sans avoir obtenu au préalable l'accord du médecin, les examens spéciaux et les interventions chirurgicales effectués en cours d'hospitalisation et dont un rapport final et signé est inclus au dossier.

4. La tenue des dossiers des patients admis

Les dossiers des patients admis devraient regrouper tous les renseignements permettant de comprendre l'évolution de l'état de ces patients.

4.1 Note d'admission

La note d'admission doit être consignée au dossier dans les heures qui suivent l'admission d'un patient ou dès son arrivée en cas d'urgence.

La note d'admission doit être consignée au dossier dans les heures qui suivent l'admission d'un patient ou dès son arrivée en cas d'urgence. Cette note doit décrire, dans les grandes lignes :

- la raison de l'admission ;
- l'état du patient au moment de son admission ;
- l'investigation et le traitement prévus.

La note d'admission peut être remplacée par l'observation médicale, si cette dernière est effectuée et consignée au dossier dans les mêmes délais.

4.2 Observation médicale (« histoire de cas »)

Contenu

L'observation médicale doit comprendre les éléments suivants :

- l'anamnèse, incluant la raison de l'admission, l'histoire de la maladie actuelle, les antécédents familiaux et personnels pertinents, les allergies, les habitudes de vie, la situation psychosociale, les médicaments consommés et le bilan des diverses fonctions (revue des systèmes) ;
- l'examen objectif justifié par l'état du patient et les résultats de l'anamnèse, incluant les examens spécifiques requis tels que l'examen de l'état mental, les examens rectal et vaginal, le fond d'œil, l'examen neurologique, l'examen vasculaire périphérique, etc. Les raisons de l'absence de certains examens pertinents devraient être mentionnées (p. ex. « examen fait récemment par un autre médecin » ou « refus du patient ») ;
- les paramètres fondamentaux pertinents (pouls, tension artérielle, température, poids, taille, indice de masse corporelle, fréquence respiratoire, saturation d'oxygène, etc.) ;
- les diagnostics pertinents ;
- le diagnostic différentiel, le cas échéant ;
- le plan de traitement.

Particularités

Certains éléments de l'observation médicale peuvent différer selon qu'il s'agit d'un enfant, d'une personne âgée, d'une femme enceinte, d'un patient psychiatrique ou d'un patient qui consulte directement dans une spécialité, par exemple en ophtalmologie. Les départements ou les services concernés devraient apporter une attention particulière à ces éléments, au chapitre de la tenue des dossiers, dans la rédaction de leurs règlements respectifs.

Pour l'obstétrique, le Collège des médecins recommande l'utilisation du dossier obstétrical (formulaires AH-266 à AH-272).

Lorsqu'un patient est réadmis moins de un mois après une hospitalisation dans le même établissement, l'observation médicale effectuée précédemment doit être mise à jour.

Lorsqu'un patient est réadmis moins de un mois après une hospitalisation dans le même établissement, l'observation médicale effectuée précédemment doit être mise à jour par une note d'admission portant sur la période écoulée entre le départ du patient et sa réadmission.

Lorsque le patient refuse que l'on procède à une évaluation médicale (p. ex. dans le cas d'un patient admis en psychiatrie), le médecin devrait tenter à nouveau, dans un délai raisonnable, d'effectuer cette observation afin d'éliminer des affections de nature organique traitables. Les raisons du refus et l'explication des conséquences devraient être notées au dossier.

Délai de rédaction

Le médecin responsable du patient est aussi responsable de la rédaction de l'observation médicale. Qu'elle soit rédigée directement ou dictée puis transcrite, l'observation doit être déposée au dossier dans les 48 heures qui suivent l'admission du patient dans un centre hospitalier et avant toute intervention chirurgicale, à moins d'une urgence. Dans ce dernier cas, le chirurgien doit procéder à la rédaction d'une note préopératoire.

Liste des problèmes

Pour les personnes admises dans les centres de soins de courte durée et présentant des problèmes multiples et complexes, on suggère de dresser une liste des problèmes actifs et d'établir un niveau d'intervention médicale (comme on le fait dans les centres de soins de longue durée). Ces outils supplémentaires permettent d'améliorer la communication entre les professionnels et, par le fait même, les soins aux patients.

4.3 Ordonnances médicales

Contenu

Le médecin doit signer chaque ordonnance médicale individuelle qu'il rédige au dossier, s'identifier et inscrire son numéro de permis, et indiquer la date et l'heure.

Il doit également consigner au dossier :

- les ordonnances liées aux soins infirmiers ;
- les demandes d'examens complémentaires ;
- les demandes de consultation ;
- les autres ordonnances de traitement (p. ex. inhalothérapie, physiothérapie, diétothérapie) ;
- les ordonnances de médicaments, qui doivent comprendre :
  - le nom du médicament (le nom générique de préférence),
  - la posologie (forme pharmaceutique, concentration, dosage, fréquence, et, le cas échéant, intervalle entre chaque dose),
  - la voie d'administration,
  - la durée de la validité de l'ordonnance si elle est différente de celle établie par règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP),
  - la durée du traitement.

Particularités

Il est essentiel que les médecins s'assurent de la lisibilité de leurs ordonnances.

Lorsqu'un médecin prescrit un médicament au besoin (prn), il doit mentionner l'indication, les conditions d'administration, la posologie et la durée d'administration.

Lorsqu'il prescrit un soluté, il doit préciser le débit d'administration (millilitres/heure).

Les ordonnances verbales ou téléphoniques doivent être conformes aux modalités adoptées dans l'établissement quant à la délivrance et à l'exécution des ordonnances.

Les ordonnances verbales ou téléphoniques doivent être conformes aux modalités adoptées dans l'établissement quant à la délivrance et à l'exécution des ordonnances. Dans le cas des narcotiques et des drogues contrôlées, la signature de l'ordonnance est requise conformément aux lois en vigueur.

Les ordonnances de routine particulières à un médecin (« routiniers ») doivent être utilisées avec prudence et révisées annuellement ; elles ne doivent en aucun cas inclure de médicaments. Toutes ces ordonnances doivent être signées.

Tous les protocoles de soins (investigation ou traitement) doivent être signés.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le* Code des professions *et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*[5], le Collège recommande que le CMDP adopte les ordonnances collectives et les protocoles et en informe périodiquement le conseil d'administration de l'établissement.

En mai 2005, le Collège des médecins du Québec a publié un guide d'exercice[6] afin de préciser ou d'expliquer le *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin,* entré en vigueur en mars 2005.

---

5. *Loi modifiant le* Code des professions *et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé,* (2002) 134 G.O. II, 8645.

6. Collège des médecins du Québec, *Les ordonnances faites par un médecin : Guide d'exercice,* Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2005, 36 p.

4.4 Notes d'évolution rédigées par le médecin

Contenu

Des notes d'évolution informatives doivent être consignées au dossier au fur et à mesure, de façon à refléter les changements survenus dans l'état du patient et la démarche du médecin relativement à l'investigation et au traitement. Les notes du genre « va bien », « stable » ne peuvent être considérées comme significatives.

Le médecin doit rédiger une note d'évolution pour justifier sa conduite, notamment lorsqu'il opte pour des moyens de traitement extraordinaires ou qu'il prescrit l'isolement ou la mise sous contention d'un patient.

Le médecin doit rédiger une note d'évolution lors de situations particulières pour justifier sa conduite, notamment lorsqu'il opte pour des moyens de traitement extraordinaires ou qu'il prescrit l'isolement ou la mise sous contention d'un patient. Il doit également rédiger une telle note pour justifier l'urgence d'une intervention chirurgicale.

Lorsque cela s'avère pertinent, le médecin devrait inscrire les renseignements qu'il a donnés à son patient, ou à son représentant, concernant la nature, le stade clinique et le pronostic de la maladie.

Particularités

Pour chaque inscription au dossier, il faut noter la date. L'heure de l'inscription est particulièrement importante en cas de consultation urgente ou de consultations multiples dans la même journée ou lorsque l'intervention médicale à un moment précis doit être documentée.

Dans les cas chirurgicaux, le chirurgien doit rédiger au dossier une note préopératoire lorsque l'observation médicale ou le rapport de consultation n'est pas suffisamment explicite pour justifier le traitement chirurgical. Il doit également rédiger une telle note dans les cas complexes ou lorsque l'indication ou le traitement peuvent soulever une controverse. Cette inscription doit comprendre, entre autres, les risques expliqués au patient, les éléments soutenant le diagnostic ainsi que l'approche thérapeutique proposée et sa justification.

À la fin de l'intervention, le chirurgien doit ajouter une note postopératoire décrivant sommairement les constatations opératoires, l'intervention pratiquée, les incidents, les pertes sanguines et les complications peropératoires, le cas échéant, ainsi que l'état du patient à la fin de l'intervention.

Dans les établissements où les professionnels non médecins utilisent le même formulaire que les médecins pour rédiger les notes d'évolution, les médecins doivent identifier clairement les notes qu'ils inscrivent, les signer et préciser le service ou le département médical où ils exercent ainsi que leur numéro de permis.

4.5 Formule de consentement du patient

Avant de procéder à une anesthésie ou à une intervention chirurgicale, le médecin doit s'assurer que la personne devant subir l'intervention donne son consentement ou, si elle est inapte, que le représentant légal en donne l'autorisation, à moins

d'un refus catégorique, auquel cas il faudra alors obtenir l'autorisation du tribunal. Pour ce faire, le médecin doit fournir à son patient les renseignements nécessaires à un consentement libre et éclairé[7].

Le recours aux formules de consentement est utile pour deux raisons : renseigner adéquatement le patient (éducation du patient) et protéger le médecin contre les poursuites éventuelles. La formule de consentement complète les renseignements fournis verbalement : il s'agit d'un ajout à l'information verbale, et non pas d'une mesure visant à remplacer celle-ci.

La formule de consentement est un ajout à l'information verbale, et non pas une mesure visant à la remplacer.

Avant une anesthésie ou une intervention chirurgicale, le médecin doit contresigner l'autorisation fournie par le patient, indiquant ainsi qu'il approuve le contenu du document. Il doit aussi informer le patient qu'un médecin en formation aura une participation significative à l'intervention et lui donner son nom[8].

Avant tout traitement pouvant nécessiter une transfusion de sang ou de ses dérivés, le médecin devrait obtenir un consentement écrit après avoir informé le patient des risques, des bénéfices et des solutions de rechange.

Dans certains cas (p. ex. interruption volontaire de grossesse, stérilisation, électrothérapie, contention, etc.), le patient, ou son représentant, doit signer une formule de consentement spécifique.

Lorsque l'investigation ou le traitement d'une personne s'inscrit dans le cadre d'un programme de recherche, une autorisation spécifique, explicitée à l'aide d'un formulaire approuvé par un comité d'éthique à la recherche, est également requise et doit être déposée au dossier.

La documentation devrait aussi comprendre les éléments mentionnés dans l'article 7 du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*[9] (voir l'encadré).

4.6 Consultation médicale

Demande de consultation

Toute demande de consultation devrait contenir les renseignements suivants :

- l'urgence ou non de la consultation ;
- la raison qui motive la demande ;
- le service requis du consultant, soit son opinion seulement, soit l'opinion et le traitement (soins simultanés) ou encore le transfert ;
- la date et l'heure de la demande ;
- l'identification, le numéro de permis et la signature du médecin demandeur.

---

7. P. Lesage-Jarjoura, *Le consentement aux soins,* Montréal, Collège des médecins du Québec, mars 1996, 15 p.
8. « Mise en garde : À tous les membres de la Corporation œuvrant dans les milieux de formation, à tous les résidents et à tous les étudiants en médecine », *Bulletin,* Corporation professionnelle des médecins du Québec, vol. 33, nº 2, avril 1993, p. 31.
9. *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets,* (2005) 137 G.O. II, 895.

Éléments devant être compris dans le dossier médical constitué pour toute personne qui participe à un projet de recherche

« **7.** Outre les renseignements et les documents prévus aux articles 5 et 6, le dossier médical constitué pour toute personne qui participe à un projet de recherche contient :

1° le titre du projet de recherche, l'identification du protocole de recherche, incluant le numéro du protocole concerné, l'identification du chercheur principal et de ses associés ainsi que le formulaire d'approbation par lequel le comité d'éthique de la recherche atteste que celle-ci respecte les normes en vigueur, notamment en ce qui a trait à sa composition et à ses modalités de fonctionnement ;

2° le formulaire de consentement qu'elle a dûment signé ou, lorsque celle-ci est un mineur ou un majeur inapte, le formulaire de consentement dûment signé par une personne autorisée par la loi ;

3° une copie du document qui lui a été remis ou, lorsque celle-ci est un mineur ou un majeur inapte, qui a été remis à la personne autorisée par la loi, attestant sa participation à un projet de recherche et contenant les renseignements permettant d'assurer à cette personne un suivi par son médecin traitant ou en établissement, le cas échéant ;

4° les observations relatives aux effets secondaires qu'elle a rapportées en cours de recherche et les mesures prises à cet effet ;

5° une note finale indiquant la fin du projet de recherche ou expliquant, le cas échéant, les raisons de son abandon du projet. »

Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets, (2005) 137 G.O. II, 895.

Rapport de consultation

Le rapport du médecin consultant devrait comprendre les éléments suivants :

- les renseignements ayant permis d'établir son diagnostic ou d'étayer son opinion médicale ;
- son diagnostic ou son opinion médicale ;
- ses recommandations, incluant l'acceptation des soins simultanés ou du transfert, le cas échéant ;
- la date et l'heure de la consultation ;
- son identification, son numéro de permis et sa signature.

Pour toute consultation, le consultant doit immédiatement inscrire au dossier le diagnostic et les recommandations. Le rapport de consultation doit être déposé au dossier dans les 48 heures qui suivent cette consultation, qu'il soit manuscrit ou dicté.

Délai de rédaction

Pour toute consultation, le consultant doit immédiatement inscrire au dossier le diagnostic et les recommandations. Le rapport de consultation doit être déposé au dossier dans les 48 heures qui suivent cette consultation, qu'il soit manuscrit ou dicté.

En cas de consultation préopératoire, le rapport du consultant doit être consigné au dossier avant l'intervention.

4.7 Examens complémentaires

Certains éléments ayant servi à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement, tels les documents d'imagerie médicale, les tracés d'électroencéphalogramme (EEG), d'électrocardiogramme (ECG) ou de monitorage fœtal et toute autre pièce pertinente, constituent une partie du dossier médical, mais peuvent être conservés hors du dossier pour des raisons d'ordre pratique. Ces éléments doivent toutefois être facilement accessibles en tout temps.

Tous les rapports d'examens diagnostiques comportant une interprétation par un médecin doivent être signés par le médecin qui en a fait l'interprétation finale.

Tout examen d'imagerie médicale nécessite une interprétation par le médecin qui exécute l'examen ou par le médecin qui a la charge de l'exécution de l'examen.

Demande d'examens

Pour certains examens (p. ex. EEG, ECG, examen d'imagerie médicale ou d'anatomopathologie), le médecin requérant doit s'assurer que les renseignements cliniques utiles à l'interprétation de ces examens sont consignés sur le formulaire de demande.

Délai de rédaction

L'interprétation et la rédaction du rapport de certains examens complémentaires (p. ex. EEG, ECG, examens de laboratoire, d'imagerie médicale ou d'anatomopathologie) doivent être faits dans les 48 heures. Dans les cas d'examens complémentaires urgents (urgence, soins intensifs, salle d'opération, etc.), particulièrement les examens d'échographie, un rapport provisoire d'interprétation doit être consigné aussitôt au dossier, ainsi que, s'il s'agit d'examens d'imagerie médicale, les documents iconographiques afférents.

Lorsqu'un médecin est absent et ne peut signer le rapport final, un rapport « non signé » doit être produit et déposé au dossier dans les mêmes délais. Le rapport final et signé pourra être produit au retour du médecin.

- **Examens d'imagerie médicale**

  En plus des éléments figurant sur la demande (diagnostic et renseignements cliniques), le rapport d'imagerie médicale doit comporter la date et l'heure de l'exécution de l'examen, la date de la dictée et la date de la transcription. Il doit contenir également la description de la procédure, le cas échéant, et la description complète des résultats. Pour les examens d'échographie obstétricale, on recommande l'utilisation du formulaire « Dossier échographique obstétrical » (AH-265).

  Résultats d'examens négatifs

  Les expressions « examen normal » ou « examen négatif » ne sont acceptables qu'à la condition d'y ajouter les éléments qui permettent de répondre aux renseignements cliniques de la demande. Les rapports d'imagerie médicale dont la formulation est uniformisée ne devraient être utilisés que dans les cas d'examens négatifs.

Résultats d'examens positifs

Lorsqu'un examen révèle une ou plusieurs anomalies, le rapport doit comporter :

- la description et la localisation des anomalies, selon leur priorité, avec le détail des divers éléments positifs et négatifs pertinents ayant conduit à l'interprétation ;
- la comparaison avec le dossier antérieur, s'il y a lieu ;
- la mention des limites de l'examen, s'il y a lieu ;
- l'intégration des résultats aux renseignements cliniques ;
- la synthèse des résultats obtenus par les différents modes d'imagerie, le cas échéant ;
- l'expression d'une opinion et la présentation d'un diagnostic différentiel, lorsque cela s'avère pertinent ;
- la réponse à la demande du médecin traitant ;
- des suggestions au médecin traitant.

- **Examens d'imagerie médicale comportant un acte de radiologie d'intervention**

Lorsqu'un examen d'imagerie médicale comporte un acte de radiologie d'intervention, le rapport doit mentionner :

- l'examen ou l'intervention proposée ;
- l'examen ou l'intervention pratiquée ;
- le diagnostic avant et après l'intervention ;
- l'analgésie ou l'anesthésie utilisée ;
- la position du patient ;
- la description de la technique utilisée ;
- la nature, la voie d'administration, la concentration et la quantité de l'agent de contraste utilisé et des autres substances ou médicaments ;
- les modes de visualisation utilisés pour diriger les cathéters (échographie, tomodensitométrie, fluoroscopie, etc.) ;
- les tubulures, les guides et les autres corps étrangers utilisés et laissés en place, le cas échéant ;
- les constatations avant et après la manœuvre diagnostique ou thérapeutique ;
- les ordonnances médicamenteuses, le cas échéant ;
- les réactions adverses survenues en cours d'intervention et les complications ;
- l'état du patient à la fin de l'intervention.

Le refus d'un examen par le patient ou par le radiologiste de même que l'impossibilité d'exécuter un examen devraient faire l'objet d'un rapport écrit du radiologiste, dans lequel il explique les raisons de l'impossibilité de procéder.

Lorsque la qualité technique de l'examen est insatisfaisante, le radiologiste doit le mentionner dans son rapport. L'examen devrait être repris, si cela est nécessaire.

Délai de rédaction

Le rapport d'examens radiologiques comportant un acte de radiologie d'intervention doit être dicté dans les 24 heures qui suivent l'examen.

Le rapport d'examens radiologiques comportant un acte de radiologie d'intervention doit être dicté dans les 24 heures qui suivent l'examen.

Examens d'anatomopathologie, de cytologie et d'autopsie

Anatomopathologie

Demande d'examen

Toute demande d'examen anatomopathologique doit comporter la mention du lieu d'origine (hôpital, cabinet, bloc opératoire, clinique de consultation externe, etc.) et les renseignements sur l'identité du patient (nom, prénom, adresse, sexe, âge, numéro d'assurance-maladie, numéro du dossier hospitalier), la date du prélèvement, la mention de l'intervention pratiquée, les diagnostics pré- et postopératoires, la nature et la provenance du spécimen et tout autre renseignement clinique pertinent.

Ces renseignements doivent être authentifiés par l'identification, le numéro de permis et la signature du requérant. Ils doivent aussi comporter la date de réception au laboratoire et un numéro de rapport d'anatomopathologie bien en évidence. Un seul numéro sera attribué aux tissus provenant d'une même intervention chirurgicale (p. ex. utérus, annexes gauche et droite, ganglions, épiploon) même s'ils sont reçus en des temps différents.

Rapport du pathologiste

Examen macroscopique – Le rapport doit comporter une description macroscopique de chaque tissu reçu (poids, mensurations, dessin si cela s'avère utile, photographie le cas échéant, etc.).

Si une consultation peropératoire a été demandée, cette consultation sera inscrite au début du rapport (tissu reçu, diagnostic, nom du pathologiste) ou elle l'accompagnera.

Le contenu de chaque récipient reçu est décrit et identifié (nom, site, spécimen). On mentionnera :

- si le spécimen est reçu fixé ou non ;
- si les marges du spécimen ont été marquées et orientées, et si d'autres prélèvements spéciaux ont été faits (p. ex. pour dosage de récepteurs hormonaux, histochimie, microscopie électronique) ;
- si le prélèvement est partiel ou complet ;
- le nombre de prélèvements et de cassettes ;
- une liste des sites de prélèvement, s'il y a lieu (p. ex. marge interne, marge supérieure).

Examen microscopique – Lorsque le pathologiste le juge utile, une description histologique sera faite, mais elle n'est pas essentielle au rapport. On y inclura les résultats des colorations spéciales effectuées, l'histochimie et la microscopie électronique, le cas échéant. Pour les néoplasies malignes, on utilisera, si possible, des codifications reconnues permettant d'établir le grade, l'envahissement vasculaire, l'extension aux marges de résection, l'atteinte des ganglions, etc.

Diagnostic – Le diagnostic comporte d'abord la mention du tissu réséqué ou de l'intervention chirurgicale, puis le diagnostic proprement dit, incluant tous les éléments permettant aux cliniciens d'établir un plan de traitement. On devrait utiliser une nomenclature reconnue et codifiable (p. ex. SNOMED). Une section « Commentaires » pourra être ajoutée.

Le rapport portera l'identification, le numéro de permis et la signature du pathologiste. La dictée et la transcription doivent être datées.

Codification – Pour des fins d'évaluation de l'acte médical, il est souhaitable qu'on attribue à certains rapports anatomopathologiques un numéro de code. Il s'agit de rapports concernant des organes réséqués partiellement ou complètement (p. ex. lobe pulmonaire, rate, estomac, utérus). Les codes sont les suivants :

- 0 : le spécimen n'est pas codifiable ;
- 1 : le spécimen contient une lésion significative ;
- 2 : le spécimen contient une lésion non significative ;
- 3 : le spécimen ne contient pas de lésion.

Cytologie exfoliatrice

Demande d'examen

La demande d'examen cytologique doit comporter les mêmes éléments, lorsque cela s'applique, que ceux qui sont requis dans un examen d'anatomopathologie ; plus particulièrement, on doit y indiquer la nature du spécimen et le nombre de lames reçues.

Rapport de cytologie

Le rapport de cytologie doit comprendre les éléments suivants :

- une appréciation de la qualité du spécimen (p. ex. satisfaisant, insatisfaisant) ;
- le diagnostic exprimé dans une nomenclature semblable à celle qui est utilisée en anatomopathologie ; en cytologie gynécologique, on se servira de la nomenclature et du formulaire proposés par l'Association des pathologistes du Québec ;
- des suggestions pour préciser le diagnostic, lorsque cela s'avère pertinent ;
- l'identification et la signature du cytotechnologiste ;
- l'identification, le numéro de permis et la signature du médecin pathologiste pour les cas revus ;
- la date de l'interprétation.

Autopsie

Demande d'examen

Outre une autorisation d'autopsie dûment signée, les renseignements sur l'identité du patient, le nom du médecin requérant, la date d'admission à l'hôpital ainsi que la date et l'heure du décès, la demande d'autopsie doivent comporter les éléments suivants :

- un bref historique de la maladie ayant mené au décès, accompagné de questions à éclaircir par le pathologiste lors de l'autopsie ;
- une énumération des problèmes que présentait le patient ; ces problèmes devront être inscrits par ordre d'importance et commentés le cas échéant, ce qui permettra au pathologiste de pratiquer une autopsie centrée sur les problèmes du patient *(problem oriented autopsy)*.

Rapport d'autopsie

Le rapport d'autopsie doit comprendre les éléments suivants :

- la description de l'examen externe du cadavre ;
- la description de l'examen macroscopique des organes ;
- la mention des prélèvements faits pour étude histologique, microbiologique, toxicologique ou autre ;
- le diagnostic histologique des organes ;
- les diagnostics anatomopathologiques ;
- une opinion sur la maladie ayant directement causé le décès ;
- l'identification, le numéro de permis et la signature du pathologiste.

La rédaction d'un rapport d'autopsie doit être réalisée dans un délai raisonnable.

4.8 Demandes de services professionnels

Les demandes de services professionnels (p. ex. diétothérapie, physiothérapie, psychologie) doivent mentionner la nature des services demandés et les renseignements pertinents. Ces éléments doivent être inscrits sur le formulaire d'ordonnances lorsque le dossier ne comporte pas de formulaire particulier pour ces demandes.

4.9 Protocole d'anesthésie

Contenu

Le protocole d'anesthésie ou le dossier du patient doit contenir les éléments suivants :

- les éléments pertinents recueillis à l'occasion de l'observation médicale et de l'évaluation préanesthésique, notamment en ce qui concerne les antécédents anesthésiques, tant sur le plan personnel que familial, la médication antérieure et actuelle, les allergies, les habitudes de vie, les fonctions cardiorespiratoires et les autres fonctions de l'organisme, les signes vitaux, les éléments pertinents de l'examen objectif, les examens de laboratoire et d'imagerie médicale ainsi que tout autre examen jugé nécessaire ;
- la classification de l'état physique du patient selon les critères de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) ;
- l'évaluation des voies aériennes supérieures, pour éliminer les conditions liées à des difficultés d'intubation : la classification de Mallampati, version de Samsoon et de Young (classes I, II, III et IV) est suggérée ;
- la médication reçue avant la chirurgie comme mesure préanesthésique et préchirurgicale, avec des précisions sur la voie, la dose et le moment de l'administration ;
- la méthode d'anesthésie utilisée, dont la dose et la durée d'administration de l'oxygène et des gaz, leur concentration ou leur débit ainsi que certaines particularités telles que la position du patient, les appareils utilisés (moniteurs ou autres), les techniques spéciales (tension veineuse centrale, etc.) ;
- la date et l'heure du début et de la fin de l'anesthésie, celles de l'intervention chirurgicale ainsi que du congé de la salle de réveil ;
- les signes vitaux ;
- la médication (voie d'administration, dose, concentration et moment de l'administration) ;
- les solutés (nature et quantité reçue) ;
- les transfusions de sang ou de ses dérivés (nature, quantité et moment de leur administration) ;
- les événements survenus en cours d'anesthésie ;
- les pertes sanguines subies, exprimées en millilitres ;
- la nature de l'intervention pratiquée ;
- l'identification, le numéro de permis et la signature de l'anesthésiste et de ses assistants, le cas échéant ;
- la description de l'état du patient à la fin de l'anesthésie et au moment de son congé autorisé par l'anesthésiste.

Délai de rédaction

Le protocole anesthésique doit être rédigé et signé au moment de l'acte anesthésique.

4.10 Protocole opératoire

Contenu

Tout protocole opératoire doit contenir, dans la mesure où ces éléments sont pertinents à l'intervention pratiquée, les renseignements suivants :

a) le diagnostic préopératoire justifiant l'intervention ;

b) l'intervention proposée ;

c) la ou les interventions effectuées ;

d) le diagnostic postopératoire ;

e) le nom des personnes qui participent à l'intervention : chirurgiens, médecins assistants, résidents, infirmière première assistante ;

f) le type d'anesthésie pratiquée ;

g) la position du patient ;

h) le type de préparation et de désinfection des champs opératoires ;

i) le type et la localisation des incisions ;

j) les constatations, normales ou anormales, faites en cours d'intervention :
- les lésions observées,
- les organes examinés et le genre d'examen (p. ex. visuel, de palpation),
- la présence de liquide anormal, de pus, de sang, etc. ;

k) la technique opératoire employée :
- la description de la technique (le nom seul de la technique ne suffit pas),
- l'emplacement des trocarts, le cas échéant,
- les instruments employés,
- le type de sutures faites et le type de matériel de suture employé,
- le mode de fermeture de l'incision,
- les drains, les mèches, les tubes ou tout autre accessoire laissés en place,
- le type de pansements, d'immobilisation, etc. ;

l) l'attestation de l'exactitude du décompte des instruments, des aiguilles et des compresses ;

m) l'évaluation des pertes sanguines, exprimées en millilitres ;

n) le compte rendu de l'état du patient au cours de l'intervention ;

o) les complications peropératoires ou les incidents imprévus, le cas échéant ;

p) la durée de l'intervention ;

q) l'heure du début et de la fin de l'intervention pour les chirurgies sans anesthésiologiste.

Délai de rédaction

Tout protocole opératoire doit être rédigé ou dicté immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent. Si le protocole opératoire est transcrit après le départ du patient, le chirurgien qui en est responsable doit le signer dans les sept jours suivant son dépôt au dossier.

Tout protocole opératoire doit être rédigé ou dicté immédiatement après l'intervention ou dans les 24 heures qui suivent.

Protocoles opératoires partiellement uniformisés

Des protocoles opératoires en partie uniformisés peuvent servir pour les interventions les plus fréquentes dont la nature et la technique se prêtent à la normalisation.

Chaque médecin doit rédiger la partie standard des protocoles opératoires pour les types d'interventions concernés.

Les alinéas invariables du protocole opératoire peuvent être enregistrés de façon permanente et servir d'éléments standard pour la rédaction des protocoles opératoires. Les parties variables doivent quant à elles être obligatoirement dictées ou remplies pour chaque cas.

Le médecin doit pouvoir, pour un cas particulier, modifier au besoin n'importe lequel des éléments du contenu du protocole, même pour les éléments standardisés et préenregistrés.

4.11 Dossier du nouveau-né

Le dossier médical du nouveau-né doit comprendre :

- un examen objectif détaillé, effectué très tôt après la naissance ;
- un examen tout aussi détaillé, effectué à la sortie du centre hospitalier.

Ces examens doivent inclure les principales mensurations du nouveau-né (poids, taille et circonférence crânienne) ainsi qu'une évaluation de son niveau de maturité.

Le formulaire utilisé devrait permettre la juxtaposition de ces deux examens dans le but d'apprécier les changements survenus au cours de la période d'hospitalisation.

Dans la majorité des établissements où il existe une pouponnière, on se sert du formulaire « Examen objectif du nouveau-né » (AH-285), qui tient compte de ces particularités.

On doit aussi trouver au dossier du nouveau-né une photocopie du formulaire du dossier obstétrical résumant le travail et l'accouchement, et mentionnant, entre autres, l'état du nouveau-né à la naissance (formulaire AH-272-6).

Si le nouveau-né requiert une oxygénothérapie prolongée, il est essentiel que figure au dossier un formulaire où seront inscrits, toutes les heures, la concentration d'oxygène de l'incubateur et le monitorage de l'oxygénation par

saturométrie.

Au congé, la note de départ du nouveau-né devrait comprendre :

- le poids à la naissance et au congé ;
- le type d'allaitement ;
- la condition au congé ;
- le résultat des examens complémentaires pertinents ;
- les recommandations du médecin traitant ;
- le suivi à effectuer en externe.

4.12 Dossier obstétrical

Le Collège recommande l'utilisation du dossier obstétrical (formulaires AH-266 à AH-272) pour le suivi de la femme enceinte. En effet, le dossier obstétrical est conçu pour transmettre au médecin accoucheur tous les renseignements utiles concernant la grossesse. L'établissement doit mettre en place les procédures pour que tous les éléments du dossier lui soient transmis à l'arrivée de la femme.

Un établissement doit mettre en place les procédures pour que tous les éléments du dossier obstétrical soient transmis au médecin accoucheur à l'arrivée de la femme.

4.13 Constatation du décès et bulletin de décès

Une note devrait décrire brièvement la maladie ayant conduit au décès. On devrait y indiquer avec la plus grande exactitude possible la date et l'heure présumée du décès et la date et l'heure auxquelles il est constaté. On devrait aussi préciser, dans la note de décès, si une demande d'autopsie a été faite à la famille et un avis, fourni au coroner.

À la suite d'un décès, le formulaire « Bulletin de décès » (SP-3) doit être rempli dans les 18 heures suivant le décès[10], sauf dans les cas où le coroner prend en charge le dossier[11].

L'heure du constat par le médecin et l'heure présumée du décès doivent être distinguées l'une de l'autre. Cela est particulièrement important lorsque le médecin ne peut venir immédiatement constater le décès. Il faut donc inscrire au dossier la date et l'heure précises, sinon probables, du décès, et non celles où le médecin a effectivement constaté le décès et signé le formulaire.

L'heure du constat par le médecin et l'heure présumée du décès doivent être distinguées l'une de l'autre. Il faut inscrire au dossier la date et l'heure précises, sinon probables, du décès, et non celles où le médecin a effectivement constaté le décès et signé le formulaire.

10. *Règlement d'application de la* Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. L-0.2, a. 69.

11. *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès,* L.R.Q., c. R-0.2.

4.14 Décès neurologique et don d'organes

Le dossier des malades faisant un don d'organes et de tissus doit contenir le formulaire « Autorisation de prélèvement d'organes et de tissus » (AH-224).

Le Collège des médecins rappelle à ses membres que les médecins qui constatent le décès neurologique (mort cérébrale) d'un patient ne doivent pas être impliqués dans le processus de la transplantation.

4.15 Note de départ

Une note de départ doit être versée au dossier. Le Collège suggère d'inscrire cette note sur la feuille sommaire dès le départ du patient (voir « Note complémentaire sur l'hospitalisation [note de départ] », à la p. 14).

5. La tenue des dossiers de chirurgie et de médecine d'un jour

Dans le contexte particulier de la chirurgie et de la médecine d'un jour, le dossier hospitalier du patient doit renfermer tous les renseignements qui justifient les actes chirurgicaux ou médicaux, l'appréciation du risque, la description des actes professionnels posés durant le séjour hospitalier et le suivi à domicile durant la période immédiate de guérison.

Le médecin doit s'assurer qu'une copie des documents requis est insérée au dossier de l'établissement si ceux-ci ont été faits ou rédigés à l'extérieur (p. ex. observation médicale rédigée au cabinet, rapports d'imagerie médicale, rapports d'examens de laboratoire).

Le dossier de cet épisode de soins doit regrouper divers éléments, notamment :

- la feuille sommaire ;
- les ordonnances médicales ;
- l'observation médicale et les notes d'évolution ;
- l'évaluation préanesthésique[12] ;
- la ou les consultations ;
- le protocole opératoire ;
- la note de départ ;
- le suivi postopératoire à domicile.

Les mêmes règles sur la tenue des dossiers (voir « Feuille sommaire », à la p. 10) s'appliquent dans ces cas. La feuille sommaire des dossiers des patients traités dans ce cadre doit être remplie avec autant de rigueur.

12. Collège des médecins du Québec, *Évaluation préopératoire : Lignes directrices,* Montréal, Collège des médecins du Québec, octobre 2000, 12 p.

6. La tenue des dossiers des patients inscrits

Tout patient qui ne séjourne pas aux unités d'hospitalisation et qui ne requiert pas d'admission est considéré comme un patient inscrit.

6.1 Service d'urgence

Le dossier d'un patient inscrit à l'urgence doit comporter les éléments suivants :

- la date et l'heure de chacune des évaluations du médecin ;
- les antécédents et la médication courante lorsque la situation le justifie, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une personne âgée ou affectée d'une maladie chronique ;
- la raison de la consultation et l'histoire de la maladie actuelle. Lorsqu'il s'agit d'un traumatisme, le médecin doit mentionner les raisons de la consultation, le mécanisme de production des lésions, etc. ;
- le résultat de l'examen objectif, avec tous les signes positifs et négatifs pertinents ; la description des lésions observées (nature, localisation, étendue) ; la limitation des mouvements et l'incapacité qui en résulte, le cas échéant. Dans les cas de traumatisme ou d'intoxication, il est souvent nécessaire de faire la description de l'état de conscience (l'objectiver avec une échelle reconnue, p. ex. l'*Échelle de Glasgow*) et de l'examen neurologique. Dans les cas de santé mentale, l'examen mental, incluant l'évaluation du risque suicidaire, doit être effectué et consigné ;
- l'énumération des examens complémentaires requis ;
- l'interprétation des résultats des examens pour orienter la poursuite de l'investigation, de façon à être en mesure de prononcer un diagnostic, de préciser un plan de traitement ;
- l'interprétation d'un examen échographique à l'urgence (p. ex. FAST-ECHO) ainsi que les documents iconographiques ;
- l'opinion médicale ou le diagnostic ;
- le traitement appliqué (p. ex. points de suture, pansements, immobilisation, ordonnances) ;
- la note de toute chirurgie mineure (p. ex. traitement d'une plaie avec points de suture), qui doit comprendre la description de la plaie, le type de désinfection, le type d'anesthésie, le nom, le dosage et la concentration des médicaments utilisés, le type de points de suture effectués, les constats particuliers (exploration), les problèmes qui ont surgi et le suivi à effectuer ;

- l'état de la vaccination antitétanique, lorsque cela est requis ;
- les recommandations faites au patient lorsqu'il n'est pas admis et les dispositions prises concernant les soins ultérieurs : rendez-vous, interruption du travail et durée, consultation d'un autre médecin, transfert du patient vers un autre médecin (avec mention du nom du médecin), congé, convalescence, etc. Le médecin traitant demeure responsable du traitement tant qu'un autre médecin n'a pas clairement signifié qu'il prenait effectivement en charge le patient ;
- la copie du certificat d'absence pour cause de maladie devrait être déposée au dossier ;
- la note de départ doit être consignée et comprendre les mêmes éléments que celle qui est prévue au congé d'un patient admis (voir « Note complémentaire sur l'hospitalisation [note de départ] », à la p. 14) lorsqu'un patient est gardé sous observation plusieurs heures ;
- l'identification, le numéro de permis et la signature du médecin ; les étudiants ou les résidents doivent ajouter leur niveau de formation.

Le Collège recommande l'utilisation du formulaire « Évaluation initiale du polytraumatisé » (AH-450) dans les cas de patients polytraumatisés.

6.2 Consultations externes (« clinique externe »)

Le dossier pour les consultations externes doit contenir les mêmes éléments que celui du service d'urgence, s'il s'agit d'une première visite pour un épisode de soins. Le département clinique ou le service dans lequel le patient obtient une consultation devrait être identifié clairement, à l'aide d'un formulaire particulier, d'un tampon ou de tout autre moyen.

Lorsqu'il s'agit d'un suivi, la note doit refléter les changements survenus dans l'état du patient depuis la dernière consultation et expliquer la démarche du médecin relative à l'investigation ou au traitement.

6.3 Délai de rédaction

Les éléments des dossiers de l'urgence et des consultations externes, lorsqu'ils sont manuscrits, doivent être rédigés au moment de la consultation. Lorsqu'ils sont dictés, ils doivent être consignés au dossier dans les 24 heures qui suivent l'évaluation. Lorsque l'urgence de la situation l'exige et que le rapport de consultation est dicté, le médecin doit inscrire immédiatement au dossier le diagnostic et les recommandations.

Chaque note devrait comprendre l'identification, le numéro de permis et la signature du médecin.

Les éléments des dossiers de l'urgence et des consultations externes, lorsqu'ils sont manuscrits, doivent être rédigés au moment de la consultation. Lorsqu'ils sont dictés, ils doivent être consignés au dossier dans les 24 heures qui suivent l'évaluation. Lorsque l'urgence de la situation l'exige et que le rapport de consultation est dicté, le médecin doit inscrire immédiatement au dossier le diagnostic et les recommandations.

Bibliographie

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Évaluation préopératoire : Lignes directrices,* Montréal, Collège des médecins du Québec, octobre 2000, 12 p.

—. *Les ordonnances faites par un médecin : Guide d'exercice,* Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2005, 36 p.

—. *Tenue du dossier : Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en centre hospitalier,* Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 24 p.

—. *Tenue du dossier : Guide concernant la tenue du dossier par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC,* Montréal, Collège des médecins du Québec, novembre 1996, 16 p.

—. DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE. *La télémédecine : Énoncé de position,* Montréal, Collège des médecins du Québec, mai 2000, 15 p.

LESAGE-JARJOURA, P. *Le consentement aux soins,* Montréal, Collège des médecins du Québec, mars 1996, 15 p.

Loi modifiant le Code des professions *et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé,* (2002) 134 G.O. II, 8645.

Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, L.R.Q., c. R-0.2.

Loi sur les archives, L.R.Q., c. A-21.1.

« Mise en garde : À tous les membres de la Corporation œuvrant dans les milieux de formation, à tous les résidents et à tous les étudiants en médecine », *Bulletin,* Corporation professionnelle des médecins du Québec, vol. 33, nº 2, avril 1993, p. 31.

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. L-0.2, a. 69.

Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets, (2005) 137 G.O. II, 895.

Autres références

BROSSEAU, P., et autres. *La chirurgie d'un jour et son organisation,* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995, 72 p.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38.001.

Remerciements

Ce document a été préparé par la Direction de l'amélioration de l'exercice de pair avec la Direction des enquêtes. Celles-ci remercient les professionnels des associations de spécialistes et des fédérations qui ont été consultés : l'Association des anesthésiologistes du Québec, l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'Association des médecins psychiatres du Québec, l'Association des pathologistes du Québec, l'Association des radiologistes du Québec, l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec, l'Association québécoise des archivistes médicales, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Publication du
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : 514 933-4441, ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org
collegedesmedecins.qc.ca

Coordination
Direction des affaires publiques et des communications

Révision linguistique et correction d'épreuves
Sylvie Massariol

Graphisme
Bronx Communications

Illustration
Olivier Lasser

Impression
Integria

Les formulaires normalisés existent sous diverses formes (recto-verso, tête-bêche, en liasse ou en continu), et la plupart sont disponibles en français et en anglais. Ils peuvent être obtenus à l'adresse ci-dessous.

Groupe Datamark Systems
2800, avenue Francis-Hugues, Laval (Québec) H7L 3Y7
Téléphone. : 450 663-9144, ou 1 888 360-0470
Télécopieur : 450 663-3877, ou 1 888 736-8155
Courriel : jbernard@datamark.ca

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4e trimestre 2005
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-920548-22-0

© Collège des médecins du Québec, 2005

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.