

---

# LA TENUE DU DOSSIER MÉDICAL EN CARDIOLOGIE

---

## I. SOURCES

— *Recommandations ANAES :*

« La tenue du dossier médical en médecine générale : état des lieux et recommandations », septembre 1996

— *Sources professionnelles diverses*

## II. PATIENTS CONCERNÉS

Tous les patients vus en consultation ou en visite et pour lesquels il ne s'agit pas de la première rencontre.

## III. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

— *Il existe deux possibilités :*

1. Vous disposez de la liste de vos patients (extraite d'un fichier informatique ou constituée manuellement), la méthode rétrospective est retenue : vous choisissez les dossiers au hasard dans la liste : c'est la solution la plus rigoureuse. Cette manière de procéder exige d'interroger les patients par téléphone, le questionnaire postal est déconseillé.
2. Vous ne disposez pas d'une liste de vos patients, la méthode prospective est retenue : vous interrogez les patients au fur et à mesure qu'ils se présentent, quelque soit le motif de consultation.

#### IV. OBJECTIFS DE BONNE PRATIQUE ÉVALUÉS

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier (identité, sexe), et éliminer les risques d'erreur par homonymie,
- Pouvoir contacter facilement le patient, même s'il est de passage (adresse et téléphone actualisés).
- Identifier rapidement les effets indésirables des médicaments,
- Disposer d'une histoire médicale synthétique et à jour des données significatives et comprenant les facteurs de risque du patient,
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises,
- Identifier et estimer les risques cardio-vasculaires,
- Assurer et améliorer la transmission de l'information au patient et au correspondant.

#### Critères d'évaluation

et

*Questions pour déterminer si les critères sont présents.*

1. Le nom complet actualisé est noté.  
*Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom et le sexe du patient sont-ils notés et confirmés auprès du patient ?*
2. La date de naissance est notée.  
*La date de naissance notée est-elle confirmée par le patient ?*
3. L'adresse précise et actualisée est notée.  
*L'adresse précise et actualisée est-elle confirmée par le patient ?*
4. Les coordonnées téléphoniques exactes sont enregistrées.  
*Les coordonnées téléphoniques exactes sont-elles confirmées par le patient ?*
5. Le dossier comprend une liste datée et à jour des effets indésirables des médicaments (allergies et intolérances).  
*Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des effets indésirables ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?*
6. Les antécédents familiaux et personnels en particulier les facteurs de risque cardio-vasculaires<sup>1</sup> figurent dans le dossier.  
*Les facteurs de risques et antécédents cardio-vasculaires personnels et familiaux sont-ils notés, à jour, et confirmés par le patient ?*
7. Les situations à risque particulier sont clairement signalées.  
*Existe-t-il un système d'alerte (informatique) ou une identification facile pour les situations mettant en jeu la sécurité des patients<sup>2</sup> ?*
8. Il existe dans le dossier un document permettant d'enregistrer les données cliniques et les éléments significatifs de chaque consultation.  
*Peut-on retrouver facilement dans un document les données de base suivantes : date, origine et motif de consultation, signes fonctionnels, résultats de l'examen clinique avec mesure de TA, résultats de l'ECG et /ou d'explorations paracliniques ?*

9. Les prescriptions médicamenteuses successives et la dernière figurent-elles dans le dossier avec leur posologie et leur durée.  
*Existe-t-il une trace contrôlable des traitements et dernières prescriptions médicamenteuses avec leur posologie et leur durée ?*
10. Dans le dossier il figure un document (courrier au correspondant<sup>3</sup> ou fiche de synthèse) destiné à améliorer l'information ou la transmission des recommandations  
*Retrouve-t-on facilement dans le dossier les renseignements suffisants pour assurer la transmission des informations avec un avis diagnostic, les résultats d'examen, un plan de suivi, et des objectifs thérapeutiques ?*
11. Des conseils et informations (règles hygiéno-diététique, prévention traitements) ont été délivrés au patient<sup>4</sup>.  
*Trouve-t-on dans le dossier mention des conseils délivrés au patient, ou le patient peut-il donner une information sur sa pathologie ou citer un conseil sur le plan hygiéno-diététique ou thérapeutique ?*

## V. NOTES

— *Note 1*

Les facteurs de risques cardio-vasculaires suivants utiles à l'appréciation du risque global doivent figurer dans le dossier : Age, Sexe, antécédents familiaux, HTA, tabagisme, diabète, LDL cholestérol élevé, HDL cholestérol bas, sédentarité, obésité abdominale, bas statut socio-économique, ou tout élément pouvant permettre l'évaluation du risque cardio-vasculaire global.

— *Note 2*

Situations pouvant mettre en péril la vie ou la sécurité du patient comme un traitement AVK, le risque d'endocardite, une thrombophilie, des incompatibilités thérapeutiques (AINS) ou nécessitant une surveillance particulière (valves, prothèses).  
Système d'alerte si informatique ou liste clairement visible et identifiable si dossier papier.

— *Note 3*

La lettre au correspondant revêt une spécificité particulière en spécialité et doit constituer un moyen de transmettre l'essentiel des recommandations de pratique clinique, de fixer des objectifs de prévention, un plan de traitement et une stratégie de suivi.

— *Note 4*

L'information du patient peut se faire oralement lors de la consultation ou sous forme de fiches de conseil ou de prévention, de double de résultats d'exploration ou tout autre document d'information écrite.

## VI. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS DE L'AUDIT

**Notez une seule réponse par case :**

1 ou O si la réponse est OUI

N° d'identification : -----

2 ou N si la réponse est NON

Date : -----

3 ou N/A si la question ne s'applique pas à ce patient  
ou à votre pratique (précisez dans la zone de commentaires).

Temps passé à cet audit : ----

N'hésitez pas à ajouter des informations qualitatives !

	QUESTION 1	QUESTION 2	QUESTION 3	QUESTION 4	QUESTION 5	QUESTION 6
	Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom et le sexe du patient sont-ils notés et vérifiés auprès du patient ?	La date de naissance notée est-elle confirmée par le patient ?	L'adresse précise actualisée est-elle confirmée par le patient ?	Les coordonnées téléphoniques exactes sont-elles confirmées par le patient ?	Le patient confirme-t-il le contenu de la liste des effets indésirables des médicaments ou leur absence ?	Les facteurs de risques et antécédents cardio-vasculaires personnels et familiaux sont-ils notés, à jour, et confirmés par le patient ?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Total des 1						
Total des 2						
Total des 3						

VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-EVALUATION :

	<b>QUESTION 7</b> Les situations à risques ou surveillance particulière (AVK, AINS, Valves, Endocardite, etc.) apparaissent-elles clairement signalées (alerte informatique ou identification spécifique) ?	<b>QUESTION 8</b> Retrouve-t-on facilement dans le dossier les données cliniques et éléments significatifs de chaque consultation (date, origine, motif, symptômes, TA, résultats de l'examen clinique et de l'ECG) ?	<b>QUESTION 9</b> Les prescriptions médicamenteuses successives et la dernière figurent-elles dans le dossier avec leur posologie et leur durée ?	<b>QUESTION 10</b> Retrouve-t-on facilement dans le dossier les renseignements ou un document (ex : lettre au correspondant) assurant la transmission et compréhension par le patient de l'information (avis diagnostic, résultats d'exams, stratégie de suivi, plan et objectifs de traitement) ?	<b>QUESTION 11</b> Trouve-t-on dans le dossier une mention des conseils donnés au patient (règles hygiéno-diététiques, traitements) ?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Total des 1					
Total des 2					
Total des 3					

**VOS OBSERVATIONS POUR CETTE AUTO-EVALUATION :**

	<b>Observations par patient</b>
<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	
<b>4</b>	
<b>5</b>	
<b>6</b>	
<b>7</b>	
<b>8</b>	
<b>9</b>	
<b>10</b>	
<b>11</b>	
<b>12</b>	
<b>13</b>	
<b>14</b>	
<b>15</b>	
<b>16</b>	
<b>17</b>	
<b>18</b>	
<b>19</b>	
<b>20</b>	