
LA TENUE DU DOSSIER DU PATIENT EN NEUROLOGIE

I. PROMOTEUR

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
Association des Neurologues Libéraux de Langue Française.

II. SOURCES

— *Recommandations ANAES :*

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

Des critères spécifiques à la neurologie ont été développés par un groupe de travail de l'Association des Neurologues Libéraux de Langue Française (ANLLF) avec les conseils méthodologiques de l'ANAES. Ils ont été modifiés après avis d'un groupe large de 50 membres (29 réponses) et consultation du Conseil d'Administration de l'ANLLF, puis après une seconde consultation du groupe large (14 réponses).

III. PATIENTS CONCERNÉS

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

IV. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 20 patients.

La méthode prospective est retenue. Il est nécessaire de procéder à cette auto-évaluation en présence des patients car il faudra vérifier auprès d'eux certaines informations du dossier (ou l'absence de certaines informations).

Il est possible :

- soit d'analyser les dossiers de 20 patients vus consécutivement ;
- soit de traiter quelques dossiers par jour à condition de ne pas les choisir. Il faut déterminer un mode de sélection aléatoire à l'avance et le respecter. On peut décider par exemple que l'on prendra les dossiers des deux premiers patients le premier jour, ceux des troisième et quatrième patients le deuxième jour, etc. Il faut éviter les sélections biaisées, comme un jour donné de la semaine.

V. OBJECTIFS DE BONNE PRATIQUE ÉVALUÉS

- Retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier.
- Pouvoir contacter facilement le patient ou son tuteur (adresse et téléphone actualisés).
- Identifier rapidement les données d'alerte : allergies et intolérances médicamenteuses, facteurs de risque, pathologies associées à prendre en compte.
- Disposer d'une synthèse des antécédents médicaux et chirurgicaux comprenant les données pertinentes concernant la pathologie neurologique.
- Enregistrer les données significatives de chaque consultation et les décisions prises.
- Pouvoir contacter facilement le médecin traitant et/ou le(s) correspondant(s).

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 du patient sont-ils notés et confirmés par le patient ?
2. La date de naissance est notée.
La date de naissance est-elle notée et confirmée par le patient ?
3. L'adresse précise et actualisée, même temporaire, est notée.
L'adresse notée est-elle précise et confirmée par le patient ?
4. Les coordonnées téléphoniques exactes sont enregistrées.
Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées et confirmées par le patient ?
5. Le nom du tuteur éventuel ou du proche responsable sont notés dans le dossier. Cette rubrique ne sera renseignée qu'en cas de personne dépendante ou présentant des troubles cognitifs.
Le patient ou la personne qui l'accompagne confirment-ils, s'il y a lieu, le nom du tuteur ou du proche responsable noté dans le dossier ?
6. Les coordonnées du médecin traitant et d'autre(s) correspondant(s) éventuel(s) figurent dans le dossier.
Le patient confirme-t-il le nom du médecin traitant et d'autre(s) correspondant(s) éventuel(s) ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
7. Les antécédents personnels et familiaux significatifs figurent dans le dossier.
Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils les antécédents notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?
8. Le dossier comprend une liste à jour des thérapeutiques suivies pouvant interférer avec la pathologie neurologique ou son traitement ou une mention explicite de leur absence.
Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils le contenu de la liste des médicaments notés dans le dossier ?

9. Les facteurs de risque (allergies, pathologies chroniques) pouvant interférer avec la pathologie neurologique ou son traitement figurent dans le dossier.
Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils les facteurs de risque notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?

10. Les décisions consécutives à la dernière rencontre sont indiquées dans le dossier
Trouve-t-on dans le dossier les dernières prescriptions médicamenteuses, avec leur posologie et leur durée, et/ou les demandes d'examens complémentaires ?

11. Les notes de la dernière rencontre ou la lettre au médecin correspondant comprennent un élément de conclusion.
Trouve-t-on dans le dossier au moins un des éléments suivants : synthèse, diagnostic, résultat de consultation, résultats d'examens para-cliniques : électroneuromyogramme (ENMG), électroencéphalogramme (EEG) ou autres arguments permettant de justifier les décisions prises ?

VI. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

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 Le nom actualisé, le nom de jeune fille éventuel, le prénom du patient sont-ils notés et confirmés par le patient ?	QUESTION 2 La date de naissance est-elle notée et confirmée par le patient ?	QUESTION 3 L'adresse notée est-elle précise et confirmée par le patient ?	QUESTION 4 Les coordonnées téléphoniques sont-elles notées et confirmées 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-ÉVALUATION :

	QUESTION 5 Le patient ou la personne qui l'accompagne confirment-ils, s'il y a lieu, le nom du tuteur ou du proche responsable noté dans le dossier ?	QUESTION 6 Le patient confirme-t-il le nom du médecin traitant et d'autre(s) correspondant(s) éventuel(s) ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?	QUESTION 7 Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils les antécédents notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?	QUESTION 8 Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils le contenu de la liste des médicaments notés dans le dossier ?
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-ÉVALUATION :

	QUESTION 9	QUESTION 10	QUESTION 11
	Le patient ou la personne accompagnante confirment-ils les facteurs de risque notés ou leur absence si rien n'est noté dans le dossier ?	Trouve-t-on dans le dossier les dernières prescriptions médicamenteuses, avec leur posologie et leur durée, et/ou les demandes d'examens complémentaires ?	Trouve-t-on dans le dossier au moins un des éléments suivants : synthèse, diagnostic, résultat de consultation, résultats d'examens para-cliniques : électroneuromyogramme (ENMG), électroencéphalogramme (EEG) ou autres arguments permettant de justifier les décisions prises ?
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-ÉVALUATION :

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

