Text

Description automatically generated with medium confidence

**Liste de contrôle pour la tenue de dossiers**

**Votre nom:**

**Date:** *(mm/jj/aaaa)*      

**Identifiez votre dossier:**

N'incluez pas le nom du patient, mais incluez suffisamment de détails pour que vous puissiez retrouver le dossier.

## Instructions:

* **Oui (✓)** – l'élément est présent dans le dossier de votre patient (Super!)
* **Non** **(⌧)** – l’élément n’est pas présent dans le dossier de votre patient. (Ce n'est pas grave, personne n'est parfait. Vous savez maintenant où vous devez vous améliorer. Notez ce que vous prévoyez de faire pour résoudre le problème.)
* **Non applicable (NA)** – l’élément ne s’applique pas au dossier que vous avez sélectionné; si vous n’êtes pas certain(e), vérifier [le norme sur le Tenue des Dossiers](https://www.collegept.org/fr/normes-et-documents-officiels/tenue-des-dossiers), parler avec un collègue, or contacter une conseillère en pratique professionnelle pour de plus amples renseignements ([advice@collegept.org](mailto:advice@collegept.org) ou en composant le 647 484 8800 ou le 1 800 583 5885, poste 241). Noter brièvement pourquoi ceci n’est pas applicable.

Si le dossier que vous examinez est un dossier multidisciplinaire, il vous suffit de consulter les notes relatives aux soins de physiothérapie.

| **Liste de contrôle de la documentation pour l'examen des dossiers** | | **Oui, Non  or Non Applicable (NA)** | **Commentaires:** (Si **non**, décrivez vos étapes prévues pour régler le problème. Si NA, ajouter une brève explication) |
| --- | --- | --- | --- |
| **Information identifiant:** | |  | |
| 1 | Données démographiques concernant le patient (au minimum, son nom au complet, sa date de naissance, et comment le contacter) |  |  |
| 2 | Au moins un identifiant unique (e.g., son nom et date de naissance, un numéro de patient unique, etc.) |  |  |
| 3 | Le dossier identifie clairement qui a fourni les soins de physiothérapie, y inclus leur nom, leur titre professionnel, ou leur numéro d’employé unique. |  |  |
| **Bien organisé** | | | |
| 4 | Les informations sont datés. |  |  |
| 5 | Pour les ajouts tardifs, inclure la date de soins fournis et la date de l’inscription tardive. |  |  |
| 6 | La date de chaque rencontre avec le patient, y compris les rendez-vous manqués, est indiquée. |  |  |
| 7 | Si la personne qui écrit les informations dans le dossier est différente de la personne qui dispense les soins, elle est également identifiée par son nom et son titre professionnel, ou par un identifiant unique. |  |  |
| Compréhensible | |  | |
| 8 | Les informations dans le dossier sont lisibles. |  |  |
| 9 | Les dossiers sont rédigés en français ou en anglais. |  |  |
| 10 | Les termes spécialisés, les abréviations et les schémas sont définis au dossier ou bien une liste des définitions est incluse. |  |  |
| 11 | Les termes utilisés sont appropriés, respectueux et sans jugement. |  |  |
| **Précis** | | | |
| 12 | Toutes modifications apportées aux dossiers sont datées et signées ou paraphées par le membre. |  |  |
| 13 | Les informations originales sont visibles ou récupérables. |  |  |
| **Documentation du processus thérapeutique** | |  | |
| Le dossier clinique comprend: | | | |
| 14 | Santé du patient, antécédents familiaux et sociaux. |  |  |
| 15 | Données subjectives rapportées par le patient. |  |  |
| 16 | Données objectives de l’évaluation de physiothérapie |  |  |
| 17 | Tests, enquêtes, évaluations, mesures provenant d’autres sources |  |  |
| 18 | Rapports de sources externes |  |  |
| 19 | Analyse des résultats collectés |  |  |
| 20 | Impression clinique et diagnostique de physiothérapie |  |  |
| 21 | Objectifs du patient |  |  |
| 22 | Plan de traitement |  |  |
| 23 | Traitement(s) administré(s) |  |  |
| 24 | Détails sur les soins administrés par une autre personne selon les instructions du physiothérapeute (e.g. quels éléments spécifiques sont délégués à une autre personne) |  |  |
| 25 | Suivi de progrès etnotes sur la progression réalisée dans l’atteinte des objectifs |  |  |
| 26 | Toute information mise à jour sur l'état du patient ou toute nouvelle information pertinente reçue est enregistrée dans le dossier. |  |  |
| 27 | Toute modification au plan de traitement |  |  |
| 28 | Discussions et communication avec le patient**,** y inclus les directives, les recommandations et les conseils |  |  |
| **Résumé de fin ou transfert des soins** | | | |
| 29 | Résultats des réévaluations |  |  |
| 30 | Raison du congé de physiothérapie |  |  |
| 31 | Autres recommandations ou instructions pour le patient |  |  |
| **Consentement éclairé** | | | |
| 32 | Documentation de consentement obtenu à l’égard de l’évaluation et du traitement. |  |  |
| 33 | Documentation de consentement obtenu à l’égard de la participation d’autres fournisseurs de soins |  |  |
| 34 | Refus de soins |  |  |
| 35 | Des informations pertinentes sur le mandataire spécial, le cas échéant. |  |  |
| 36 | Documentation que le processus de consentement éclairé est en cours (par exemple, lorsque le traitement a changé ou a divergé du plan initialement confirmé). |  |  |
| **Implication d’autres fournisseurs de soins** | | | |
| Références ou consultations | | | |
| 37 | Notation sur les références et les transferts vers un autre fournisseur de soins de santé. |  |  |
| 38 | Rapports sur les soins du patient envoyés à un autre fournisseur de soins de santé, le cas échéant. |  |  |
| **Dossiers financiers** | | | |
| Les factures/reçus comprennent: | | | |
| 39 | Le nom du patient |  |  |
| 40 | La date à laquelle les soins ont été administrés |  |  |
| 41 | Noms des fournisseurs de soins : physiothérapeute, aide-physiothérapeute et autres personnes ayant fourni des soins au patient sous la supervision du physiothérapeute |  |  |
| 42 | Description des soins, des services ou des produits fournis |  |  |
| 43 | Montant des frais facturés pour les soins, les services ou les produits |  |  |
| 44 | Tout paiements reçus |  |  |

**Exigences en matière de confidentialité**

Si vous remplissez cette liste de contrôle pour une entrevue de contrôle qui fait partie du programme d'assurance de la qualité de l’Ordre, vous n'êtes pas obligé de remplir cette section.

Les physiothérapeutes sont tenus de respecter toutes les lois qui protègent la confidentialité des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels.

**Voici certaines choses liées à la confidentialité dont les physiothérapeutes doivent tenir compte :**

* Je sais qui est le dépositaire de l’information sur la santé de mon patient.
* Je comprends mes fonctions à titre de dépositaire de l’information sur la santé ou à titre d’agent du dépositaire de l’information sur la santé (en examinant les enseignements fournis par [l’Ordre des physiothérapeutes de l’Ontario par rapport à la protection des renseignements personnels, par exemple](https://www.collegept.org/rules-and-regulations/privacy))
* J’ai mis en place des pratiques qui permettent de maintenir la confidentialité dans les activités de collecte, de stockage, d’utilisation, de transmission et d’élimination des renseignements personnels sur la santé des patients, et je les respecte
* Mes patients savent qui a la garde et le contrôle de leurs renseignements personnels sur la santé (le dépositaire de l’information sur la santé) et comment leurs renseignements personnels sur la santé sont gérés
* J’obtiens et je consigne le consentement du patient avant de divulguer des renseignements personnels sur sa santé à une personne qui n’est pas un fournisseur de soins de santé impliqué dans ses soins
* Je sais comment répondre à une demande d’accès aux dossiers médicaux d’un patient (en examinant les renseignements fournis par [le Commissionnaire à l’information et à la protection de la vie privée](https://www.ipc.on.ca/health/access-and-correction/), par exemple)