



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

AFFILIÉ À  UNIVERSITÉ
LAVAL

Service des archives médicales

Guide pratique Pour les externes et résidents

**Lucie Goulet ama, assistante-chef archives médicales et
Marie-Ève Sirois, am, pilote du DPE**

Révision sept. 2015

TABLE DES MATIERES

1- SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES	3
2- CRISTAL NET ET GESTION DES FORMULAIRES	3
2.1 Cristal-net	3
2.2 Gestion des formulaires (GDF)	3
3- DOSSIER MÉDICAL	4
3.1 Dossier depuis le 9 décembre 2013	4
3.2 Dossier avant le 9 décembre 2013	5
4- SECRET PROFESSIONNEL/CONFIDENTIALITÉ	5
5- ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL	6
6- RECHERCHE	6
7- LISTE DES DOSSIERS INCOMPLETS	7
8- RÉDACTION DU DOSSIER MÉDICAL	7
8.1 Résumé de dossier de l'hospitalisation (feuille sommaire)	7
8.2 Notes au dossier	7
9- DICTÉE DE DOCUMENTS	8
ANNEXE 1 : LE SYSTÈME DE DICTÉE (Carton orange)	10
ANNEXE 2 : CE QUE COMPRENDS UN RÉSUMÉ (CMQ)	11
ANNEXE 3 : ÎCONES ET BOUTONS DU DPE AVEC DESCRIPTION	12

1. SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

- Pavillon Marguerite d'Youville, 1er étage, Gymnase- local Y1400
- Accessible 16 heures (de 8:00 à 24 heures).
- Plus de service de nuit.
- Services réguliers : la semaine de 8 h à 16 h.
- Téléphone réception poste 4897 ou p 5620.

2. CRISTAL-NET ET GESTION DES FORMULAIRES (GDF)

Un guide d'utilisation vous a été remis par la DEU. En suivant le guide, vous pouvez apprendre facilement à utiliser GDF et cristal-net. Si vous avez des questions, sur chaque unité de soins, il y a des super-utilisateurs. N'hésitez pas à leur demander de l'aide.

Mot de passe :

Le code d'utilisateur et le mot de passe est le même que pour le réseau sans-fil et Cristal-Net.
(Ex. : Luc-Gou00)

Changement du mot de passe :

Le mot de passe complexe (ex : Y33mNt89) qui vous est remis peut être changé pour un mot de passe personnel. Pour ce faire, référez-vous à la procédure disponible dans l'Intranet.

- Dans l'Intranet, cliquer sur « Gestion documentaire »
- Cliquer sur « Guides et procédures internes »
- Cliquer sur « Session utilisateur sur un poste générique et changer son mot de passe (Procédure pour ouvrir une)

2.1 Cristal-net :

- Portail unique qui supporte toutes les applications cliniques.
- Vous permet d'accéder aux résultats de laboratoires et de radiologie des dernières années.
- Vous permet d'accéder au DPE, vous pouvez consulter le dossier antérieur du patient, pour les radiologies, vous avez aussi la possibilité d'accéder, avec l'icône, au PACS.
- Vous retrouvez en annexe, les différentes sections, icônes et boutons du DPE avec leurs descriptions.

2.2 Gestion Des Formulaire (GDF) :

- Logiciel qui vous permet d'imprimer les formulaires avec des codes à barres qui identifient le patient et le type de document.

- Il faut utiliser GDF parce que nous avons besoin des codes à barres sur les formulaires pour faciliter la numérisation des documents.
- **Vous assurez que vous avez le bon formulaire (type de document) et que celui-ci est identifié au bon patient avant d'écrire vos notes.**
- Si vous vous rendez compte qu'il y a eu erreur et que la note inscrite ne correspond pas à votre patient, corriger l'identité du patient à la main (nom prénom, no dossier et date de naissance) et rayer le code à barre du no de dossier (ID).
- À noter que tous les formulaires ayant des codes à barres doivent être imprimés par GDF et que les formulaires papiers ont été retirés sur les unités de soins. Donc vous devez imprimer une feuille de dossier si vous n'en avez pas en main.
- Seuls les formulaires en plusieurs copies (NCR) demeurent en format papier et doivent être plaqués avec la carte de l'utilisateur.
- Les requêtes de service qui n'ont pas de code à barres (ex : demande d'ECG) n'ont pas besoin d'être imprimés à partir de GDF mais il est possible de le faire si on le désire. Les requêtes sans codes à barre demeurent en format papier sur les unités de soins et dans les cliniques externes. Elles ne sont pas conservées.

3. DOSSIER MÉDICAL

- Lors des visites courantes des usagers, les notes doivent encore être complétées sur les formulaires papiers appropriés.
- Tous les documents, lors d'une hospitalisation et de visite externe, doivent être acheminés le plus rapidement possible aux archives afin qu'ils soient numérisés et accessibles pour tous les utilisateurs.
- Tous les dossiers antérieurs actifs sont numérisés, certains dossiers inactifs ou sur microfiches ne sont pas encore numérisés, mais toujours disponible aux archives.
- Si vous constatez des erreurs ou des problèmes dans le DPE, utilisez le bouton « **soumettre un problème** » afin d'en aviser la pilote du système.

3.1 Dossier depuis le 9 décembre 2013

- Tous les documents produits à partir du le 9 décembre 2013 sont numérisés et indexés selon le type de document. On les retrouve dans l'arborescence du DPE.
- Les documents sont classés en ordre décroissant, i.e. les plus récents en premier.
- Tous les documents concernant une hospitalisation ou une visite à l'urgence sont aussi retrouvés dans la section « Épisode de soins » en plus de l'arborescence.

- Les visites médicales et les interventions sont inscrites à leur date réelle qu'ils soient externes ou hospitalisés.
- Les autres documents concernant une hospitalisation sont enregistrés à la date d'admission.
- Pour tous les autres documents (ex. échographie cardiaque), la date inscrite sera celle de la date de leur numérisation.

3.2 Dossier avant le 9 décembre 2013

- Les documents contenus au dossier datant d'avant le 9 décembre 2013 sont numérisés en bloc. On les retrouve dans la section « Dossier antérieur au 9 décembre 2013 » dans l'arborescence du DPE. Si cela n'apparaît pas, c'est que le dossier antérieur est inactif ou sur microfiche, sauf pour les dossiers 700009 et plus, qui sont totalement numérisés (car ils ne contiennent aucun document antérieur au 9 décembre).
- Dans chaque document, les informations les plus récentes sont au début.
- Tous les examens externes sont classés dans l'onglet « examens avant 2013-12-09 » qu'ils s'agissent d'examens de laboratoires, de cardiologie ou de pneumologie.
- Les hospitalisations sont classées en 3 catégories soit : hospitalisation 2013, hospitalisation 2012 et hospitalisation avant 2011.
Dans un document, on peut retrouver plus d'une hospitalisation, elles seront classées en ordre décroissant, i.e. la plus récente sur le dessus.
Une feuille de parachèvement jaune indiquant le mois et l'année de l'hospitalisation est placée sur le dessus de celle-ci.
- L'hémodynamie peut être soit sous l'onglet hémodynamie (CSJ), ou soit dans une hospitalisation.

4. SECRET PROFESSIONNEL/CONFIDENTIALITÉ

- Tout le personnel de l'Institut est soumis au secret professionnel.
- L'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique que toutes les informations contenues dans les dossiers médicaux sont confidentielles.
- Nous sommes un institut non fusionner, nous ne faisons partie ni d'un CISSS, ni d'un CIUSSS, et ni du CHU de Québec, donc il est nécessaire d'avoir une autorisation afin de transmettre de l'information confidentielle à quiconque à l'extérieur de l'établissement.

L'externe et le résident doivent respecter les exigences suivantes :

- Garder le secret professionnel.
- Ne consulter que les dossiers des usagers sous vos soins.
- Interdiction de consulter le dossier d'un parent, ami (e) ou connaissance à moins d'avoir l'autorisation écrite de celui-ci.
- Attention, il est peut-être plus facile d'accéder au dossier auxquels nous ne devrions pas avoir accès à partir du DPE mais n'oubliez pas que tous vos « gestes » informatiques sont enregistrés et facilement accessibles.
- Éviter de discuter d'un usager dans un endroit inapproprié tel le corridor, la cafétéria.
- Lors de présentation, retirer les renseignements nominatifs, renseignements pouvant identifier l'usager, sur les documents que vous présentez.
- Il est strictement interdit de prendre en photo des documents appartenant à des usagers avec vos cellulaires ou avec tout autres appareils électroniques.

5. ACCÈS AU DOSSIER

- Référer au Service des archives toute personne, incluant l'usager lui-même, ou tout organisme qui désire avoir de l'information ou des copies du dossier médical d'un usager.
- Ne jamais remettre une partie du dossier ou tout le dossier à l'usager lui-même, à moins d'utiliser une pochette bleue fermée avec une attache de plastique
- Ne pas transmettre de l'information par télécopieur sauf dans les cas d'urgence.
- Ne pas sortir des documents ou le dossier d'un usager à l'extérieur de l'Institut et ce même pour aller d'un pavillon à un autre.
- Si vous devez aller au tribunal avec un dossier, aviser le service des archives médicales dès la réception du Subpoena, secteur correspondance au poste 5079.
- Attention légalement l'Unité de Médecine Familiale (UMF), n'est pas dans l'Institut mais bien une clinique privée, ne pas y apporter de dossier de l'Institut.

6. RECHERCHE

- Pour consulter des dossiers dans le cadre d'une recherche, Il faut au préalable obtenir l'autorisation du directeur des services professionnels (R-45 gestion des dossiers des usagers).
- Demander les dossiers 48 heures à l'avance au service des archives (fax 4735).
- La liste des dossiers demandés doit être en ordre numérique.

7. LISTE DES DOSSIERS INCOMPLETS

- Chaque premier mardi du mois, le Service des archives médicales transmet à tous les médecins un décompte de ses dossiers incomplets. Celui-ci doit compléter ses dossiers au plus tard le mardi suivant à 16 h.
- Il est donc important d'être le plus complet possible lorsque vous laissez des notes au dossier.

8. RÉDACTION DU DOSSIER MÉDICAL (Règlement 22 du C.A.)

8.1 LE RÉSUMÉ DE DOSSIER DE L'HOSPITALISATION (FEUILLE SOMMAIRE)

- Nous avons maintenant « **une feuille sommaire/résumé** » à cocher. Elle est **obligatoire**, tandis que la dictée est facultative. Faire au départ du patient et lui remettre une copie. **Il faut conserver l'original.**

8.2 NOTES AU DOSSIER

Se rappeler que légalement ce qui n'est pas écrit au dossier n'a pas été fait.

Toutes notes au dossier doivent respecter les exigences suivantes :

- Elles doivent être précises, concises, objectives, véridiques, pertinentes et complètes;
- Utiliser les crayons à l'encre bleu seulement; pas de crayon à encre-gel (difficilement numérisable) ou au plomb (effaçable);
- Ne pas utiliser des stylos qui n'ont plus d'encre ou trop pâle;
- Signer et dater (AAAA-MM-JJ) toute note ou document que vous rédigez, en inscrivant le nom du médecin responsable à côté de votre nom et de votre statut;
- Utiliser des symboles ou des abréviations connus seulement;
- Écrire en français seulement, abréviations incluses (sauf : STEMI et NSTEMI qui sont acceptées même si elles sont en anglais)
- Ne rien écrire hors du cadrage des formulaires; un numériseur ou un photocopieur ne peut copier une inscription dans la marge;
- Incrire la date, l'heure et signer la prescription de médicaments au dossier;
- Pour l'externe, faire contresigner les prescriptions de médicaments;
- Corriger les erreurs ouvertement, c'est-à-dire en faisant un trait sur l'erreur (**la note doit rester lisible**), en datant et signant à côté. **Ne pas utiliser de correcteur blanc;**
- Ne jamais inscrire de commentaires personnels ou administratifs au dossier médical, seulement des notes au sujet des soins de l'utilisateur;
- Les renseignements provenant ou concernant un tiers doivent être clairement identifiés.

- Inscrire les allergies sur la feuille DT5945 Allergies et réaction médicamenteuse sévère du GDF, il n'est pas nécessaire d'utiliser en plus l'étiquette de couleur orange;
- Ne pas écrire ou coller des étiquettes sur les codes-barres du dossier ou des documents;
- Vous devez vous assurer avant de commencer une note que vous écrivez sur le bon formulaire et que celui est pour le bon patient.
- Ne pas utiliser ou ajouter de nouveaux formulaires sans préalablement que le formulaire soit accepté au comité des formulaires.
- Ne pas signer les certificats de décès (SP3), seul les patrons ont le droit;
- La prescription de non-réanimation devra obligatoirement être contresignée par le médecin traitant (même pour les R5-R6)

9. DICTÉE DE DOCUMENTS

NE PAS DICTER POUR L'UMF

Quatre types de documents sont dictés à l'IUCPQ

- Consultations
- Bronchoscopie
- Protocole opératoire
- Résumé d'hospitalisation

Lors d'une dictée, l'externe ou le résident doit respecter les consignes retrouvées sur le carton orange « Procédure pour accéder au système crescendo »

(Procédure retrouvée en annexe de ce document)

Au début de chaque dictée :

- Dicté votre nom et le nom du médecin responsable des soins.
- Dicté le nom et le prénom de l'utilisateur.
- Dicté le numéro de dossier.
- Dicté les dates d'entrée et de sortie pour une l'hospitalisation ou
- Dicté la date de l'intervention, de l'examen ou de la consultation
- Dicté le nom du médecin traitant.
- Dicté le nom du médecin référant au complet avec le plus de détails possibles (Nom et prénom, clinique, ville, centre hospitalier, etc.). Idem pour un médecin en copie conforme.

À la fin de chaque dictée :

- Inscrire sur le document au dossier le no de la dictée avec votre nom, cela évitera que quelqu'un d'autre recommence en pensant que cela n'est pas fait.

La dictée :

Pour qu'une dictée soit facile à transcrire, il faut idéalement :

- Prononcer le plus clairement possible;
- Parler près du combiné et bouger le moins possible;
- Ne pas boire, manger ou mâcher de la gomme pendant la dictée;
- Éviter de bailler;
- Durant la dictée, en cas d'erreur ou lorsque vous faite une reprise, il faut bien identifier l'erreur ou ce que vous reprenez.

Le protocole opératoire :

Le protocole opératoire doit contenir tous les éléments pertinents à l'intervention pratiquée. L'IUCPQ joint au protocole opératoire le compte rendu opératoire sur lequel sont mentionnés les renseignements qui devraient être inscrits sur le protocole opératoire. Le compte rendu vous aidera donc à dicter le protocole opératoire.

- Dicter le protocole opératoire dans les 24 heures suivant l'intervention.
- Dicter la date de l'opération, le diagnostic préopératoire, le diagnostic postopératoire et le titre de l'opération (intervention pratiquée).
- Décrire l'intervention en détail selon les éléments exigés dans le guide : « Tenue du dossier » du Collège des médecins du Québec.
- Indiquer la voie d'accès à la description de l'opération lorsqu'elle modifie la gravité ou le risque opératoire.

Annexe 1- Le système de dictée

PROCÉDURE POUR ACCÉDER AU SYSTÈME

CRESCENDO

- Composer le 7000
- Composer votre code d'auteur suivi de la touche #
MÉDECINS ET RÉSIDENTS : NUMÉRO DE PERMIS
*Pour les **cardiologues, les radiologistes et les nucléistes**, composez **1** avant votre numéro de permis*
*Pour les **résidents**, composez **5** avant votre numéro de permis*
EXTERNES : NUMÉRO REMIS PAR LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE
- Composer le code secret (6 chiffres), suivi de #
*LE MOT DE PASSE PAR DÉFAUT EST **1 2 3 4 5 6** #. VEUILLEZ LE CHANGER POUR UN CODE PERSONNALISÉ À 6 CHIFFRES, EN COMPOSANT **1** ET SUIVRE LES INDICATIONS*

ENSUITE, POUR EFFECTUER UNE « DICTÉE TÉLÉPHONIQUE »

- Composer le type de rapport suivi de la touche #
- Composer le numéro de dossier suivi de la touche #
- Dicter
 - **Pour faire une pause**
Composer **4**
Pour poursuivre la dictée, composer **2**
 - **Pour dicter un autre rapport**
Composer **3** et suivre la procédure
- Déconnexion du système et obtention du numéro de dictée : COMPOSER ***5**
SVP, INSCRIRE LA DATE ET LE NUMÉRO DE DICTÉE SUR LE SOMMAIRE MÉDICAL OU LA FEUILLE DE CONSULTATION

POUR ÉCOUTER UNE DICTÉE

- Composer ***2** pour passer en mode écoute après le code secret
- Composer le numéro de dossier suivi de la touche #
LE SYSTÈME DONNE LE NUMÉRO DE DICTÉE AU DÉBUT DE CHAQUE DICTÉE.
- Composer **6** pour écouter la première dictée
- **Pour passer à la prochaine dictée** : Composer ***8**
Attendre l'annonce du numéro de dictée et composer **6** pour l'écouter
Sinon, recomposer ***8** jusqu'à la dictée souhaitée
- **Pour reculer** : Composer **3** pour un court recul ou **7** pour le début de la dictée
- **Pour avancer** : Composer **6** pour une courte avancée et **9** pour atteindre la fin
- **Pour changer de dossier** : Composer **3** ***2** et suivre les instructions

TYPES DE RAPPORTS :

1. Protocole opératoire
2. Résumé de dossier
3. Rapport d'hémodynamie
4. Rapport de bronchoscopie
5. Consultation externe (ORL, MI, chirurgie, neuro, cardio, etc.)
6. Consultation pneumologie RUN
7. CSST
8. Consultation pneumologie
9. Consultation électrophysiologie
10. Consultation transplantation
11. Protocole donneur
12. Électroencéphalogramme
13. Consultation cardiopathie congénitale adulte
14. Consultation psychiatrie
15. Travaux pour la secrétaire du service
16. Résumé chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique
17. Consultation oncologie
49. Priorité (cf. note de service)

INFORMATIONS À MENTIONNER EN DÉBUT DE DICTÉE :

- Votre nom et le nom du médecin responsable,
- Numéro de dossier de l'IUCPQ;
- Nom complet du patient (nom/prénom);
- Date de visite et/ou hospitalisation. (admission/départ);
- Nom complet du médecin référent et son adresse complète (sinon, aucun document ne sera envoyé et mention « note au dossier »)

POUR OBTENIR DE L'AIDE RELATIVEMENT À CETTE PROCÉDURE

***COMPOSER LE 418 525-4444
POSTE 42269***

***24 HEURES SUR 24
7 JOURS SUR 7***

Annexe 2- Description détaillée de ce que comprend un résumé d'hospitalisation (Collège des médecins du Québec)

Date d'admission et de départ (Spécifier lorsqu'un patient est décédé)

Cause immédiate du décès : Mentionner la cause du décès.

Diagnostic d'admission : Maladie ou affection qui a justifié l'admission, diagnostic présumé à l'arrivée et non pas les symptômes observés.

Diagnostic principal : Maladie ou affection la plus importante ayant requis la plus grande part des ressources médicales durant l'hospitalisation (le diagnostic principal peut être identique au diagnostic d'admission).

Autres diagnostics : Affections qui ont été traitées ou diagnostiquées, symptômes, signes ou examens anormaux inexplicables, maladie chronique susceptible d'affecter l'état de l'utilisateur et qui ont un impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation (le diagnostic d'admission confirmé mais différent du diagnostic principal doit être redicté dans cette section).

Diagnostics concomitants : Maladie chronique susceptible d'affecter l'état de l'utilisateur qui n'a pas eu d'impact sur la prise en charge durant l'hospitalisation

Complications : Phénomènes morbides nouveaux causés ou précipités par une affection, l'investigation ou le traitement ou toute allergie survenue au cours de l'hospitalisation (dicter les complications même si celles-ci sont reconnues comme fréquentes ou préjudiciables)

Traitement médical/chirurgical et examens spéciaux :

Traitement médical : traitements spéciaux dont l'administration nécessite habituellement un protocole (ex. cardioversion, chimiothérapie,...), toute transfusion de sang ou de produits dérivés.

Traitement chirurgical : opération subie par l'utilisateur durant le séjour, les biopsies de même que les actes radiologiques comportant une intervention doivent figurer dans cette rubrique.

Examens spéciaux : actes diagnostiques qui comportent une technique effractive, un risque de complication ou qui nécessitent une anesthésie générale ou régionale (endoscopie, certains examens radiologiques, ponctions, ...)

Notes complémentaires ou résumé : La note doit comporter la mise à jour de chacun des problèmes et des précisions sur l'état de santé de l'utilisateur, les diverses recommandations relatives aux problèmes, les médicaments prescrits, la posologie et la durée de l'ordonnance, l'orientation, les recommandations au départ, le suivi et la relance.

Aide-mémoire DPE

Partie de gauche

Partie du centre

- Extraction
- Importation
- Impression plusieurs documents avec entête
- Impression plusieurs documents sans entête
- Réactivation
- Reclassement (Autre dossier)
- Reclassement (Même dossier)
- Suppression
- Affichage de deux documents
- Signature et parachèvement
- Rendre la version courante
- Formulaire évolutif
- Ajustements des éditions
- Édition et Signature

Menu «Action»

Crayon : document transcrit à signer

Flèche blanche indique qu'il existe une version antérieure du document

Section « ÉPISODES DE SOINS » permet de retrouver les documents par hospitalisation, par visite à l'urgence ou par chirurgie d'un jour.

Cliquer sur l'image des poumons pour accéder au PACS

Case à cocher pour sélectionner un document

Section « ARBORESCENCE » permet de retrouver les documents par catégorie

Section « SIGNETS » permet de retrouver des documents marqués par un signet

Nombre de pages

Nombre de documents

Première page

Dernière page

Page précédente

Page suivante

The screenshot displays the DPE software interface. On the left, there are three main sections: 'ÉPISODES DE SOINS' (Episodes of Care) with sub-items 'Hospitalisation' and 'Urgence'; 'ARBORESCENCE' (Arborescence) with a tree view of categories like 'Alerte', 'Sommaires - Résumé', 'Consultations médicales', etc.; and 'SIGNETS' (Signets) at the bottom. The main area shows a 'Liste de tous les documents' (List of all documents) table with columns for 'Date', 'Titre', 'Prov.', and 'Site'. A blue arrow points to the 'Action' menu, and a white arrow points to a document entry. A speech bubble indicates that a pencil icon next to a document means it is transcribed and needs to be signed. Another speech bubble points to a lung icon, indicating that clicking it leads to PACS. At the bottom, a navigation bar shows '1 / 4' pages, 'Taille page 30', and 'Documents 1 à 30 sur 110'. Navigation buttons for 'Première page', 'Page précédente', 'Page suivante', and 'Dernière page' are also present.

controlbar.pageLayoutModes:

controlbar.pageRotation.title:

Mode de présentation des pages

Pleine écran

Partie de droite

Zoom

Pleine largeur

Pleine page

Barre de défilement de documents en format maquette

Apposer ou retirer un signet

Document précédent

Nombre de pages

Document suivant

Soumettre un problème

Première page du document

Page précédente

Page suivante

Dernière page du document

Annotation