

“Règles” concernant les comptes rendus de soins

*Une histoire ancienne, sans cesse renouvelée
qui s’impose à des soignants plus ou moins
bien informés ...*

- Dossier médical (**DM**), Compte rendu d'hospitalisation (**CRH**), Lettre de liaison (**LL**)

- Règles plus spécifiques **en gynécologie-obstétrique**

Dossier Médical

Traceur exhaustif disponible - Outil de communication - Indicateur qualité - Pilier d'expertise

Lettre de Liaison

Obligatoire - Remise au patient à la sortie - adressée au médecin

Compte rendu d'hospitalisation

Obligatoire - adressé au médecin dans les 8 jours

Du dossier médical et de l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics ou privés

Article R710-2-1 Modifié par [Décret n°94-68 du 24 janvier 1994](#) - art. 2 JORF 26 janvier 1994

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les documents suivants :

I. - Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir :

- a) La fiche d'identification du malade ;
- b) Le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation ;
- c) Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ;
- d) Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- e) La fiche de consultation préanesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique ;
- f) **Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement** ;
- g) Les prescriptions d'ordre thérapeutique ;
- h) Lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers ;
- i) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24.

II. - Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir :

- a) **Le compte rendu d'hospitalisation**, avec notamment le diagnostic de sortie ;
- b) Les prescriptions établies à la sortie du patient ;
- c) Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers.

Article R710-2-6

A la fin de chaque séjour hospitalier, les documents mentionnés au II de l'article R. 710-2-1, ainsi que tous autres jugés nécessaires, **sont adressés dans un délai de huit jours au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins.**

Il est alors établi des doubles de ces mêmes documents qui demeurent dans le dossier du patient.



DOSSIER DU PATIENT :

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE ET DU CONTENU RÈGLEMENTATION ET RECOMMANDATIONS

JUIN 2003

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique


Art. R. 710-2-1

« A la fin de chaque séjour hospitalier, **copie des informations** concernant les éléments utiles à la continuité des soins est **remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien** que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, **dans un délai de huit jours maximum.** »

Art. R. 710-2-2

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce **dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :**

1° **Les informations formalisées recueillies** lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, **lors de l'accueil** au service des urgences ou au moment de l'admission **et au cours du séjour hospitalier**, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission
- b) Les motifs d'hospitalisation
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4  *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne"*
- i) Le dossier d'anesthésie
- j) **Le compte rendu opératoire ou d'accouchement**
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 666-12-24
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé

2° **Les informations formalisées établies à la fin du séjour** : Elles comportent notamment :

- a) **Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie**
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures)
- d) La fiche de liaison infirmière.



Article R. 1112-3 du CSP :

"Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations."



Article R. 1112-3 du CSP :

"Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées ; le nom du médecin signataire est mentionné en caractères lisibles."

Recommandations

DPA.5.e. Le dossier du patient comporte la trace de la réflexion bénéfice-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

Le Conseil de l'Ordre des médecins recommande, dans ses bulletins d'avril 1991 (6) et de novembre 1992 (7), les informations que tout compte rendu opératoire doit contenir, auxquelles il faut ajouter les obligations en matière transfusionnelle publiées dans le bulletin de janvier 1993 (8).

Données administratives :

- identification du patient
- date de l'acte ;
- nom de l'opérateur ;
- nom de l'anesthésiste.

Données médicales :

- descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées ;
- choix thérapeutique ;
- mode d'anesthésie ;
- exécutions et techniques réalisées ;
- complications ou difficultés opératoires ou périopératoires ;
- matériel prothétique utilisé avec ses caractéristiques précises ;
- drainage ;
- type de fermeture et nature des ligatures ;
- prélèvements anatomo-pathologiques ou bactériologiques ;
- plâtre ou contention particulière ;
- heures de mise en place et de levée du garrot ;
- transfusions effectuées (nombre de flacons, numéro du lot, etc.).

Données complémentaires :

- diagnostic préopératoire ;
- K opératoire et anesthésique ;
- heures de début et de fin d'intervention ou durée de l'intervention
- nom de l'aide opératoire et/ou de l'instrumentiste.



Article 1316-3 du Code civil inséré par la loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 :

"L'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier."

Rubriques médico-administratives

Identification du patient
Nom et coordonnées du médecin traitant
Date d'entrée et de sortie d'hospitalisation (voire date de décès)
Hôpital et Service(s) d'hospitalisation
Professionnel référent de la prise en charge du patient pendant hospitalisation (nom, fonction)
Mode d'entrée (programmé/urgence/ transfert et qui a adressé le patient le cas échéant)
Destination du patient à la sortie
Coordonnées du rédacteur du document de sortie
Date de rédaction
Liste de diffusion du document de sortie
Statut de ce document
Personne de confiance (optionnel et si désignation valable au-delà de la durée d'hospitalisation)

Rubriques	
1. Motif d'hospitalisation	Obligatoire
2. Synthèse médicale du séjour	Obligatoire
3. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	Obligatoire
4. Traitements médicamenteux	Obligatoire
5. Suite à donner	Obligatoire

Compléments	
Rubriques laissées au choix des équipes	
6. Antécédents	
7. Événements indésirables (dont allergies)	Obligatoire si survient au cours de l'hospitalisation
8. Mode de vie	
9. Histoire de la maladie	
10. Examen Clinique et statut fonctionnel	
11. Evolution dans le service	
12. Actes techniques, examens complémentaires et biologiques	
13. Liste des éléments remis au patient	

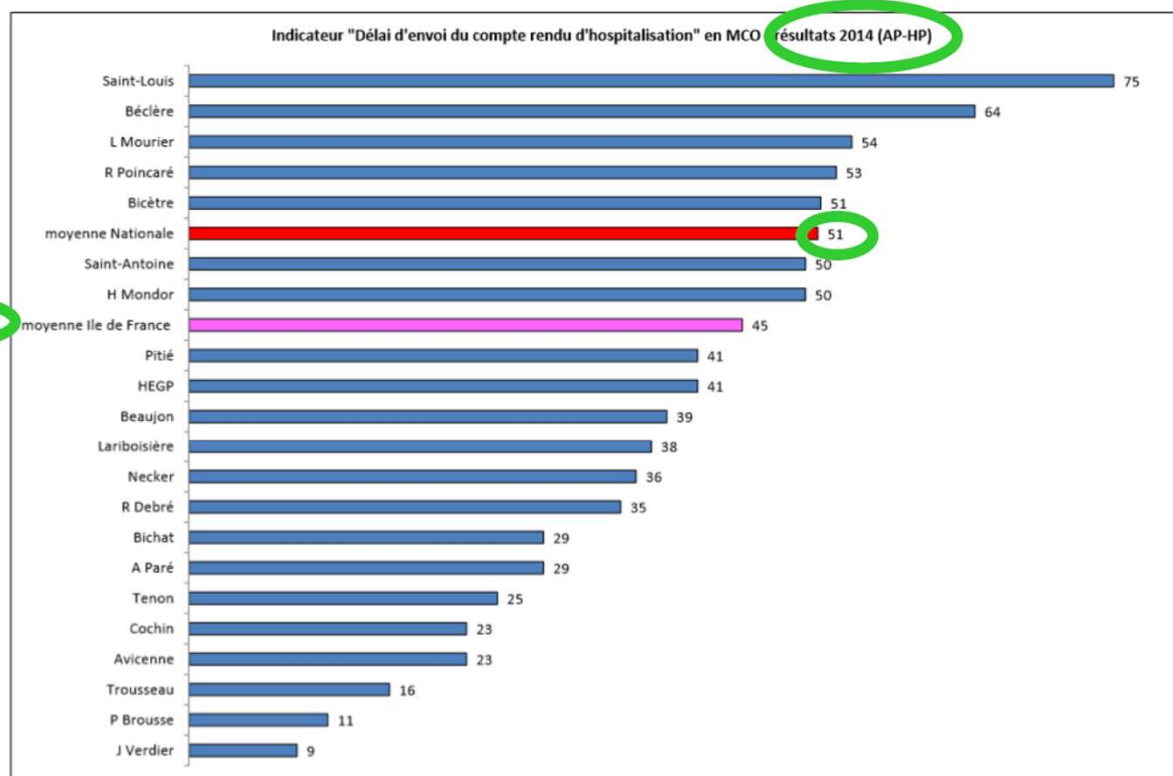
Délai d'envoi du **compte-rendu d'hospitalisation** : méthode et résultats

Le compte-rendu d'hospitalisation (CRH) doit être envoyé rapidement au médecin traitant pour l'informer sur le déroulement et les conclusions de l'hospitalisation. C'est un élément clef pour une bonne coordination entre l'hôpital et les médecins qui suivent le patient après sa sortie.

Il doit être envoyé au médecin traitant dans les 8 jours suivant la sortie de l'hôpital et comporter les **informations suivantes** :

- identité des destinataires
- dates de séjour
- synthèse médicale
- traitement de sortie

Les résultats sont exprimés en **% de dossiers conformes** (de 0 à 100% par ordre croissant de conformité).



Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison

Le présent décret entre en vigueur le **1^{er} janvier 2017**

Art. R. 1112-1-1

Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une **lettre de liaison** synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4. **Cette lettre comprend notamment les motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connus.** Elle est versée dans le dossier médical partagé du patient si ce dossier a été créé, ou lui est remise.

Art. R. 1112-1-2.-I

Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin, ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée au 1° de l'article L. 1110-12 qui l'a pris en charge, et qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. La lettre de liaison **est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient.**

Cette lettre de liaison contient les éléments suivants :

- 1° Identification du patient, du médecin traitant**, le cas échéant du praticien adresseur, ainsi que l'identification **du médecin de l'établissement** de santé qui a pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation
- 2° Motif d'hospitalisation**
- 3° Synthèse médicale du séjour** précisant le cas échéant, les **événements indésirables survenus** pendant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes **multirésistants** ou émergents, **l'administration de produits sanguins** ou dérivés du sang, la pose d'un **dispositif médical implantable**
- 4° Traitements prescrits à la sortie de l'établissement** (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les **traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement**
- 5° Annonce**, le cas échéant, de **l'attente de résultats d'examens ou d'autres informations qui compléteront cette lettre de liaison**
- 6° Suites à donner**, le cas échéant, y compris d'ordre médico-social, tels que les actes prévus et à programmer, recommandations et surveillances particulières

En Gynécologie Obstétrique

- Compte rendu de consultation gynécologique
- Compte rendu de césarienne
- Comptes rendus d'échographie

Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie

Date de diffusion 19.06.2010

A) TRONC COMMUN = Renseignements de la patiente (à remplir pour toute ouverture de dossier d'une consultation de gynécologie)

B) ÉLÉMENTS DE BASE DU DOSSIER VARIANT SELON LE TYPE DE CONSULTATION

- 1) Consultation gynécologique standard**
- 2) Consultation pour colposcopie**
- 3) Consultation uro-gynécologique**
- 4) Consultation pour stérilité**
- 5) Consultation d'orthogénie**
- 6) Consultation post-natale**
- 7) Consultation de suivi de ménopause**
- 8) Consultation de sénologie**

 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français	DIRECTIVE QUALITÉ
Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne	
Date de validation : 29/03/2013 Date de diffusion : 04/04/2013	Rédigée par : Pr F. Vendittelli, Pr C. Racinet, Dr C. Crenn-Hébert, Dr J.-F. Le Digabel

Identification

- noms, prénom et DDN de la patiente
- la date d'intervention
- le nom du ou des opérateurs et des aides
- le nom du ou des anesthésistes

Indication

- G et P, nombre de cicatrices utérines éventuelles
- le terme au moment de la césarienne
- le moment de la césarienne (programmée avant travail, programmée en travail, en urgence avant travail, en urgence pendant le travail). Le degré d'urgence doit être spécifié. En cas de césarienne en urgence, préciser la dilatation du col
- préciser si un déclenchement était en cours et le moment de la rupture des membranes
- les raisons motivant la césarienne

Horodatage

- Heure de la décision en cas de césarienne en urgence
- Heure de l'incision cutanée, Heure de la naissance
- Heure de fin d'intervention ou durée d'intervention (en min)

Noter éventuellement une conduite à tenir préconisée pour la grossesse suivante.

Description

- Anesthésie, antibioprophylaxie
- Sondage vésical (à demeure ou non)
- Abord pariétal : Joël Cohen, Pfannenstiel, Mouchel,MSO, vaginale
- Abord utérin en précisant les éventuelles difficultés et si un décollement vésical a été réalisé.
- Hystérotomie : segmentaire transversale, segmentaire longitudinale exclusive, segmento-corporéale, corporéale. Expliciter les difficultés éventuelles.
- Liquide amniotique : aspect et quantité
- Extraction : présentation, difficultés éventuelles et manoeuvres manuelles ou instrumentales
- Enfant : sexe - Apgar à 1 min, à 5 min et à 10 min - poids (en g) ou non pesé - pH artériel ombilical, à défaut pH veineux.
- Délivrance et si dirigée : produit, dose et voie d'administration.
- Hystérorraphie : type de suture et déchirures éventuelles, type de fils utilisés (marque et calibre)
- Vérification des annexes et de l'utérus : normalité ou anormalité (à décrire)
- Toilette péritonéale – Fermeture ou non du péritoine vesico-utérin et du péritoine pariétal (si oui, type du fil et type des points)
- Qualité de l'hémostase en fin d'intervention
- Compte des compresses
- Fermeture aponévrotique (type de suture et type des fils)
- Drainage sous aponévrotique ou pas
- Fermeture cutanée (type)
- Aspect des urines en fin d'intervention
- Volume total des pertes sanguines estimées en fin de césarienne. Transfusion ou pas et si oui, types et quantité des produits
- Qualité du globe utérin
- Aspect macroscopique du placenta et du cordon
- Examen anatomopathologique ou bactériologique demandé

CR remis à la patiente avec si nécessaire proposition CAT pour grossesse ultérieure

 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Commission échographie - Commission qualité	DIRECTIVE QUALITÉ
COMPTE-RENDU MINIMUM D'ÉCHOGRAPHIE DE DATATION NON MORPHOLOGIQUE DU PREMIER TRIMESTRE POUR UNE GROSSESSE SIMPLE INTRA-UTÉRINE	

05/10/2016

 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français Commission échographie - Commission qualité	DIRECTIVE QUALITÉ
COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE	

05/02/2016

- **LE MODÈLE DE BASE**
- **LE MYOMÈTRE**
- **L'ENDOMÈTRE**
- **LES ANNEXES**
- **CR URGENCES, β hcg NÉGATIFS**
- **DÉBUT DE GROSSESSE**