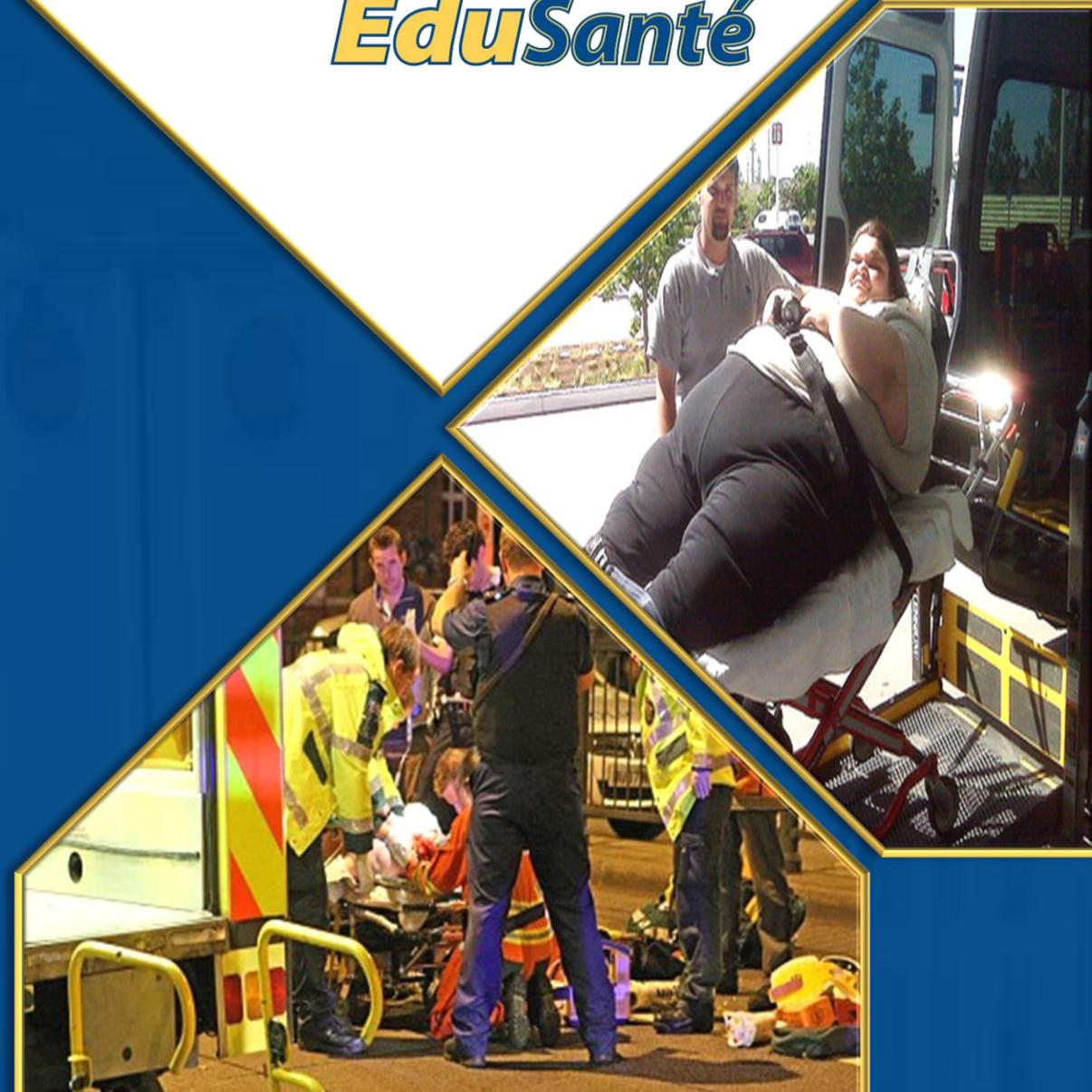


# DOCUMENTATION

Formation paramédicale en soins  
primaires

Module:09  
Section:08



- Identifier les composants d'un rapport de patient provenant d'un SMU.
- Revoir les formats standard utilisés avec les rapports de soins du patient.
- Les considérations spéciales dans la documentation de dossier de patient.
- Les conséquences d'une documentation inappropriées

- Il permet de documenter efficacement les éléments essentiels de l'évaluation, des soins et du transport du patient.
- Il s'agit d'un document à portée juridique qui, mise à part la prestation de soins de qualité aux patients, est la meilleure protection du travailleur paramédical contre des poursuites en responsabilité civile.
- C'est une réflexion de vous en tant que professionnel de la santé.
- Assure la continuité des soins du patient.

- Dossier écrit et légal de l'incident
- Utilisé pour l'audit médical et l'amélioration de la qualité
- Facturation et administration
- Collecte de données et recherche

- Après avoir exécuté l'examen physique et obtenu l'histoire médicale du patient, le professionnel de la santé doit :
  - Organiser
  - Résumer (synthétiser)
  - Enregistrer l'information
  - Enregistrer les problèmes identifiés
  - Enregistrer l'évaluation diagnostique
  - Enregistrer le plan de soins

- Le document du patient électronique (ePCR) peut nécessiter un plus grand standard quand il vient à être complété
- Le dossier du patient est un document légal
  - Cour
  - Détermination du paiement
- Présenter l'information de façon lisible, précise et de manière représentative à l'examen

Documentation

# **LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES**

- Prendre de brèves notes durant l'examen
- Faire un rapport complet aussitôt que possible après l'examen
- Faire un résumé abrégé
- Éviter l'utilisation d'abréviations et d'acronymes lorsqu'il est possible
- Documenter ce que vous observez et ce que le patient vous dit, pas ce que vous interprétez
- Enregistrer des trouvailles attendues et non-attendues

- Il est inacceptable de copier la documentation d'un autre fournisseur et de l'utiliser en tant que sa propre documentation comme si vous en avez fait le travail
- Les textes copiés à partir des notes d'une autre personne, doivent toujours être assigné à la source

- Même si c'est un outil très efficace, l'habileté de facilement copier et coller ou reporter un texte d'un document à l'autre, est devenu le dernier danger dans la documentation électronique
  - Peut avoir un impact sur la sécurité du patient
  - Peut perpétuer des erreurs ou des informations inexactes
  - Peut poser causer des défis côté légal et de la régulation

- Terminologie médicale et orthographe appropriés
- Abréviations et acronymes appropriés
- Heures documentées avec précision et constance
- Actions rigoureusement documentées
- Points négatifs pertinents
- Déclarations verbales pertinentes
- Identification complète des ressources additionnelles et des intervenants

- Devrait comprendre :
  - Toutes les dates et les heures des interventions
  - Une description de toutes les difficultés rencontrées en route et lors du traitement, de la désincarcération ou du transport
  - Les observations sur la scène
  - Une description des soins médicaux déjà reçus (et leur fournisseur)
  - Le temps mis à désincarcérer le patient, s'il y a lieu
  - Le temps mis pour toutes les interventions et les événements importants

- Consiste en une consignation précise et à portée juridique des heures suivantes :
  - Heure de l'appel
  - Heure de la répartition
  - Heure d'arrivée sur les lieux
  - Heure d'arrivée au patient
  - Heure de la prise des signes vitaux
  - Heure de l'administration des médicaments et de certaines procédures médicales définies dans les protocoles
  - Heure de départ de la scène
  - Heure d'arrivée à destination (si un patient est transporté)
  - Heure du retour en service

- Un document SMU bien écrit est :
  - Précis
  - Lisible
  - Fait en temps opportun
  - Non modifié
  - Exempt d'information non professionnelle ou inutile
- Veiller à autoévaluer toute documentation
- Respecter la confidentialité du rapport

- Toute l'information pertinente doit être comprise dans les sections narrative et objective du rapport
  - Pour un rapport précis et complet, remplir toutes les sections (même si une section n'a pas été utilisée)
  - S'assurer que les termes médicaux, les abréviations et les acronymes sont bien utilisés et correctement orthographiés

- L'écriture doit être appliquée pour que n'importe qui puisse lire le document sans difficulté.
  - Les crochets dans les cases doivent être clairs et semblables dans tout le rapport, de la première ligne à la dernière.

- Idéalement, la documentation doit être effectuée immédiatement après l'interaction avec le patient.
- Tout retard peut entraîner de graves omissions et être interprété comme une négligence.

- En cas d'erreur, la rayer et apposer la date et ses initiales.
  - Toute modification à un rapport complet doit être accompagnée d'un formulaire de révision/ correction portant la date et l'heure de la révision.

- Le DSP ne devrait pas contenir de :
  - Jargon;
  - Argot;
  - Opinion personnelle;
  - Remarque diffamatoire ou calomnieuse;
  - Opinion ou impression non pertinente.
- Les mêmes principes s'appliquent aux DSP électroniques.

- Généralement divisé en trois sections:
- Subjectivité : Toute information recueillie lors de l'exploration de l'historique des patients
- Objectivité : Impressions générales et informations recueillies grâce à votre évaluation
- Évaluation/Gestion : Votre évaluation de travail et votre plan de gestion

- Elle permet une description chronologique de l'appel
  - Elle doit être détaillée et lisible
  - Il faut éviter le jargon et les abréviations médicales non connues de tous
- Il faut la documenter précisément et clairement
  - Utiliser des mots simples
  - Éviter :
    - Abréviations peu communes
    - Termes inutiles
    - Répétition de l'information

- Documentation des déclarations orales pertinentes du patient ou des témoins
  - Documenter les déclarations qui peuvent avoir une incidence sur les soins au patient ou résoudre une situation.
- Utilisation des citations
  - Placer entre guillemets toute déclaration d'un patient ou d'autres personnes et qui se rapporte à de possibles activités criminelles ou à des intentions suicidaires.

- Données négatives pertinentes
  - Constatations qui ne demandent pas de soins médicaux ni d'interventions, mais qui, en les signalant, démontrent une évaluation approfondie par le travailleur paramédical et le déroulement de l'événement
  - Peuvent aider dans le choix du traitement et doivent être documentées

- Documenter les services de soutien utilisés
  - Hélicoptère, coroner, désincarcérateur, etc.
- Documenter l'utilisation de services d'aide mutuelle
- Documenter les techniques ratées

Documentation

# **FORMATS NARRATIFS STANDARD**

- Utiliser une approche systématique pour la partie narrative du DSP.
- Il existe plusieurs approches, mais :
  - En adopter une seule;
  - L'utiliser de manière constante pour ne pas oublier d'information pertinente.

- Méthode « SOEP »
- Méthode « MIEPT »
- Revue du système
  - Approche physique de la tête au pied
  - Revue des principaux systèmes et appareils de l'organisme
- Information subjective/objective
- Méthode « SAMAIE »
- Approche chronologique de l'appel
- Approche de gestion du patient

- Subjectivité
  - Ce que le patient a dit.
    - Décrire les préoccupations du patient ou les résultats inattendus par leur qualité ou caractère
    - Une façon d'enregistrer les résultats attendus est d'indiquer l'absence de symptômes (ex : "pas de vomissement, diarrhée ou constipation")
- Objectivité
  - Ce qu'on voit sur place.
    - Rapporter les résultats physiques du processus d'inspection, palpation, auscultation et percussion
    - Prodiguer une description précise des trouvailles inhabituelles de façon objective

- Évaluation
  - Ce qu'on constate à l'évaluation.
    - Votre interprétation et conclusion
    - Leur rationnel
    - Stratégie du diagnostique
    - Problème présent et anticipé
    - Le besoin de soins continus et des soins futurs

- Plan
  - Ce qu'on prévoit faire.
    - Besoin d'invoquer les ressources diagnostiques
    - Modalité thérapeutique
    - Autres ressources professionnelles
    - Le rationnel des décisions – quels sont vos intentions
  - Divisé en trois sections :
    - Diagnostique
    - Thérapeutique
    - Éducation du patient

- Motif de consultation
- Incident, antécédents médicaux
- Évaluation
- Prescription (traitement)
- Transport

- Évaluation de la scène
- Examen primaire
- Examen secondaire
- Traitements
- Transport

- Information objective
  - Comprend généralement l'impression générale et toute donnée obtenue par l'inspection, la palpation, l'auscultation, la percussion et le test de diagnostic.
  - Est appuyée des faits et l'observation directe.
- Information subjective
  - Comprend toute information obtenue du patient.
  - N'est pas appuyée par des faits (p. ex. « le patient semble déprimé »).

- Évitez d'ajouter des opinions personnelles ou de faire des déclarations dans votre documentation que vous ne vous sentiriez pas à l'aise de défendre auprès de votre employeur ou du système juridique.

- « Il était ivre. »
  - Comment peut-on en être sûr?
    - Il est possible que l'état mental du patient soit altéré en raison d'un coup à la tête, d'une urgence diabétique, d'un AVC, etc.
  - « L'haleine du patient a une odeur inhabituelle. »
  - « Le patient dit avoir consommé deux bouteilles de bière avant de quitter la fête. »

- « Il planait. »
  - Comment peut-on être sûr qu'il était sous l'effet de drogues?
    - Il est possible que l'état mental du patient soit altéré en raison d'un coup à la tête, d'une urgence diabétique, d'un AVC, etc.
  - « Le patient admet avoir consommé des drogues illicites. »
  - « Le patient est incapable de se tenir debout sans chanceler et il a des hallucinations auditives et visuelles. »

Documentation

# **CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES**

# Refus de soins et/ou de transport du patient

- Il y a un risque de poursuite en responsabilité civile.
  - Le patient a le droit de refuser (s'il est compétent).
- La documentation doit être complète et comprendre :
  - Les conseils donnés au patient sur les avantages du traitement et les risques associés au refus des soins;
  - Les conseils donnés par la direction médicale, par téléphone ou radio;
  - L'information clinique qui indique que le patient est compétent;
  - La signature des témoins (selon le protocole);
  - Une documentation narrative complète comprenant des citations ou commentaires faits par les autres personnes sur les lieux;
    - Formulaire de refus;
    - DSP.

# Les soins et le transport ne sont pas nécessaires

- Dans certains services, les travailleurs paramédicaux peuvent décider si le transport est nécessaire.
  - Pour : Réduction de l'utilisation des ambulances
  - Contre : Risque élevé, puis refus du patient
- Si, après une évaluation complète du patient ou de la scène, les travailleurs paramédicaux déterminent que les circonstances ne justifient pas un transport par les SMU, ils doivent :
  - En aviser le centre de répartition;
  - Documenter l'événement.
- Si l'appel est annulé alors que les travailleurs paramédicaux sont en route, ils doivent :
  - Noter qui a annulé l'appel :
    - Centre de répartition, superviseur SMU.
  - Noter l'heure de l'annulation.

## Incidents causant un nombre élevé de blessés

- Il se peut que la documentation de l'incident soit retardée jusqu'à ce que les patients soient triés et transportés pour les traitements indiqués.
- Les étiquettes de triage permettent le transfert de l'information nécessaire de personne à personne.

- Il arrive qu'il soit nécessaire de réviser et de corriger un DSP.
  - La plupart des SMU disposent d'un formulaire distinct à cette fin.
- Quand un autre rapport est nécessaire, il faut :
  - Noter la raison de la révision ou de la correction et pourquoi l'information n'a pas été consignée dans le document original;
  - Noter la date et l'heure de la révision ou de la correction;
  - S'assurer que la révision ou la correction est faite par l'auteur du document original;
  - Faire la révision ou la correction dès qu'on en constate la nécessité.

- Les méthodes acceptables pour corriger un document ou y ajouter de l'information varient selon les organismes.
- En voici quelques-unes :
  - Faire la révision sur le document original et y apposer ses initiales, la date et l'heure;
  - Écrire les corrections dans la section narrative;
  - Joindre un nouveau rapport à l'original.
- Il faut respecter les politiques locales.

The ~~left~~<sup>Jim</sup> right pupil was fixed and dilated

Documentation

# **CONSÉQUENCES D'UNE DOCUMENTATION INAPPROPRIÉE**

- Une documentation inappropriée peut avoir des conséquences médicales et juridiques.
- Un rapport incomplet, illisible ou imprécis peut mener le soignant à fournir des soins inappropriés au patient.

- La documentation ne devrait jamais devenir routinière ou superficielle
- La documentation appropriée devrait être remplie en temps opportun et en portant une attention particulière aux détails

- Si vous ne l'avez pas écrit... cela ne s'est pas produit...



- Peu importe ce que vous dites!

- Discussion des composantes d'un rapport de soins aux patients des SMU.
- Examen des formats normalisés utilisés avec les rapports de soins aux patients
- Considérations particulières relevées dans la documentation sur la PCR
- Brièvement couvert certaines conséquences de la documentation inappropriée