

LISTE DU CPTNB POUR VÉRIFICATION DES DOSSIERS Utiliser comme guide pour évaluer vos dossiers	DOSSIER				
<i>Choisir les dossiers. Pour chaque critère, indiquer Oui, Non, S/O.</i>	1	2	3	4	5
1 CHAQUE PAGE DU DOSSIER CONTIENT AU MOINS 3 IDENTIFIANTS DU PATIENT					
1.1 Nom du patient					
1.2 Date de naissance du patient					
et un des éléments suivants :					
1.3 Le n° d'assurance-maladie ou du dossier					
1.4 Les coordonnées détaillées / le nom du médecin de famille / le sexe					
2. TOUTES LES ENTRÉES SONT					
2.1 En ordre chronologique					
2.2 Lisibles					
2.3 À l'encre permanente					
2.4 Datées					
2.5 Heure de l'entrée – <i>ou selon la politique de l'établissement</i>					
2.6 Signées + désignation professionnelle (pht ou physiothérapeute) *					
<i>* Si la signature n'est pas lisible, le nom est aussi en lettres moulées</i>					
3. S'IL S'AGIT D'UN DOSSIER MULTIDISCIPLINAIRE LES NOTES DU PHT SONT CLAIREMENT IDENTIFIABLES					
4. LES CORRECTIONS / MODIFICATIONS SONT					
4.1 Rayées d'un trait + initiales du pht ou selon la politique de l'établissement*					
4.2 Si une entrée erronée est ajoutée après la signature de la note, la date du changement est précisée					
<i>* Si cette politique requiert déjà un trait et les initiales</i>					
5. LA DOCUMENTATION INITIALE / BASE DE DONNÉES COMPREND					
5.1 L'histoire de la maladie actuelle					
5.2 Les antécédents médicaux pertinents					
5.3 Les médicaments pris actuellement					
5.4 Les investigations ou tests pertinents (p. ex. labo, rayons X, etc.)					
6. L'ÉVALUATION INITIALE COMPREND					
6.1 Les problèmes mentionnés par le patient					
6.2 Les symptômes					
6.3 Les preuves des évaluations appropriées exécutées					
6.4 Les preuves des tests de dépistage ou de sécurité pertinents					
7. IDENTIFICATION DU PROBLÈME DU PATIENT					
7.1 L'analyse et le diagnostic physiothérapeutique ont été consignés					
7.2 La liste de problèmes est actualisée					
7.3 Le plan de traitement est actualisé et correspond à la liste de problèmes					
7.4 Les objectifs sont centrés sur le patient et établis avec son accord					
7.5 Les objectifs sont cohérents avec la liste de problèmes et le plan de traitement					
8. LES NOTES DE TRAITEMENT COMPRENNENT UNE DESCRIPTION DE L'INTERVENTION PRÉVUE					
8.1 Durée/ fréquence					

<i>Choisir les dossiers. Pour chaque critère, indiquer Oui, Non, S/O.</i>	1	2	3	4	5
8.2 Techniques manuelles					
8.3 Détails du programme à suivre à la maison (fiches d'exercice au dossier ou notées)					
8.4 Type d'aide à la marche noté					
8.5 Prescription d'exercice notée					
<i>Pour les modalités, les notes comprennent :</i>					
8.6 Paramètres					
8.7 La région traitée					
8.7 Position du patient					
8.8 Documentation indiquant qu'on a tenu compte du consentement, des risques, bénéfices, contre-indications et précautions					
8.9 Une preuve que le patient a reçu des renseignements au sujet du problème identifié					
9. LE TRAITEMENT APPLIQUÉ EST CONSIGNÉ AU DOSSIER et					
9.1 Les résultats sont notés, s'il y a lieu, y compris les résultats indésirables					
10. LES RESPONSABILITÉS DU PATIENT OU DU SOIGNANT SONT NOTÉES + EXPLIQUÉES					
11. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ EST CONSIGNÉ					
11.1 Avant l'évaluation ou le premier traitement					
11.2 À chaque modification de traitement					
11.3 L'autorisation écrite de pouvoir divulguer des renseignements à d'autres professionnels de la santé, tierces parties, etc.					
12. LES NOTES DE SUIVI CONTIENNENT					
12.1 Des évaluations périodiques de l'état du patient					
12.2 Les modifications et mises à jour apportées					
12.3 Des mesures de résultats documentées					
12.4 La cessation du traitement s'il y a lieu					
12.5 La recommandation de poursuivre les soins OU					
12.6 Le transfert à un ou d'autres professionnels de la santé					
13. PERSONNEL ASSISTANT DU PHYSIOTHÉRAPEUTE					
13.1 Les notes indiquent si des tâches ont été confiées à des assistants et, <i>si oui</i> ,					
13.2 Que le patient a consenti à leur participation					
14. LES COMMUNICATIONS ÉCRITES CONCERNANT LE PATIENT (ENVOYÉES OU REÇUES) SONT CONSERVÉES					
15. LE PLAN ET LE SOMMAIRE DE CONGÉ SONT CONSIGNÉS					
15.1 Date du congé / fermeture du dossier					
15.2 Résumé de l'état du patient					
16. LA RÉTENTION DES DOSSIERS RESPECTE LA NORME (MIN. 7 ANS) DU CPTNB					
<i>Conseil : cette période peut devoir être beaucoup plus longue pour les patients jeunes ou pédiatriques</i>					
Tout physiothérapeute qui remplit ce dossier devrait répondre...Si un autre physiothérapeute choisit cette fiche, pourrait-il traiter ce patient de manière sécuritaire sans avoir besoin de plus d'information?					