



(...suite)

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**

i. Le dossier d'anesthésie

j. Le **compte rendu opératoire**

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

(suite...)

(...suite)

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

Selon le manuel d'accréditation de l'Anaes, le dossier du patient doit comporter la **trace écrite de la réflexion bénéfice-risque** de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

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** ;

Examens complémentaires :

• il est parfaitement possible de **confier l'imagerie au patient**. Dans ce cas, il faut tout de même **conserver dans le dossier le compte-rendu** de ces examens.

• L'Anaes recommande en outre d'établir la **liste des documents remis** et de la **faire signer par le patient**.

L'article R1112-3 du Code de la Santé Publique précise que :

"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.

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

on peut ajouter au dossier :

- **les copies des certificats médicaux,**
- et les documents de traçabilité des diverses "vigilances" (infections nosocomiales, hémovigilance, pharmacovigilance, biovigilance).

En pratique, les éléments énumérés dans le texte de loi se retrouvent :

- Sur l'**observation médicale recueillie en consultation**
- Sur l'observation médicale recueillie **en cours d'hospitalisation et à la sortie**
- Sur le **compte-rendu opératoire**
- Dans le dossier d'anesthésie
- Dans le dossier infirmier
- Dans les documents établis **à la sortie**. Puisque les ordonnances doivent être établies en double exemplaire pour le patient, c'est un **troisième exemplaire** qu'il faut conserver à la sortie ("triplicata").



Sur l'observation médicale recueillie en consultation

La **lettre du médecin** qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission

Les **motifs d'hospitalisation**

La recherche d'**antécédents** et de **facteurs de risques**

Les **conclusions** de l'évaluation clinique initiale

Le **type de prise en charge prévu** et les prescriptions effectuées à l'entrée

La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences

Le **consentement écrit du patient** pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

OBSERVATION DE CONSULTATION EXTERNE

Sur l'observation médicale recueillie en cours d'hospitalisation et à la sortie

Les **informations** relatives à la prise en charge **en cours d'hospitalisation** : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie

Les **informations sur la démarche médicale**

Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé

Les **correspondances** échangées entre professionnels de santé

La **prescription de sortie** et les **doubles d'ordonnance de sortie**



Sur le compte-rendu opératoire

Dans les documents établis à la sortie

*Le **compte rendu d'hospitalisation** et la **lettre** rédigée à l'occasion de la sortie*

*La **prescription de sortie** et les **doubles d'ordonnance de sortie***

Service de Chirurgie Plastique

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

Etuende Date

Etabli par le Dr

Date d'admission

Motif d'admission

Date d'intervention

Nature de l'intervention

Eléments notables des suites opératoires

Date de sortie

Particularités à signaler (surveillance, traitement complémentaire, etc)

+ BMR
+ Transfusion

CONTENU

COMMUNICATION

PROPRIETE

COMMUNICATION

Le dossier médical et les informations qu'il contient sont couverts par le **secret professionnel** (article 4 du Code de déontologie médicale).

La violation du secret professionnel est un **délit très sévèrement réprimé par le Code pénal** (article 226-13). Il s'agit d'une obligation d'ordre public, c'est-à-dire que ni la mort, ni même le consentement éventuel de la victime ne peut en libérer le détenteur. Cela est valable pour le chirurgien, qui ne peut partager ses informations **qu'avec les professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge** et la continuité des soins du patient, et seulement ceux-là.

Cela est également **valable pour la personne de confiance** éventuellement désignée par le patient, et qui **a accès non pas au dossier médical**, ce qui lui est interdit, mais aux informations qui lui sont délivrées oralement par le médecin.

Mais le secret professionnel n'est évidemment pas opposable au patient lui-même qui, depuis la **loi du 4 mars 2002**, a désormais le droit de se faire communiquer son dossier, soit par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, comme c'était antérieurement le cas, soit surtout directement.

(*article L1111-7 du Code de la Santé Publique, inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11*) :

"Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, (...).

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. (...)."

si le patient est majeur et vivant, c'est à lui et uniquement à lui (ou au médecin qu'il a lui-même désigné), que son dossier peut être communiqué.

S'il est mineur, ou majeur sous tutelle, le droit d'accès est exercé par le représentant légal. Mais les parents d'un enfant majeur ne peuvent pas accéder au dossier de leur enfant, même pour des faits remontant à l'époque où il était mineur.

Si le patient est mort, ses ayants droit ont un **accès limité** au dossier médical. Il faut vérifier :

• l'absence d'opposition du patient exprimée de son vivant,

• l'identité du demandeur et son statut d'ayant droit,

• et la motivation de l'accès, qui ne peut être qu'une des 3 raisons suivantes : connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, ou faire valoir leurs droits. Seuls sont communicables aux ayants droit les éléments de nature à apporter une réponse à leur question.

CONTENU

COMMUNICATION

PROPRIETE

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	PROPRIETE

<input type="checkbox"/>	Le patient, le médecin et l'établissement de santé sont les 3 copropriétaires du dossier médical :
<input type="checkbox"/>	• Le médecin établit le dossier (<i>article 45 du Code de déontologie médicale</i>)
<input type="checkbox"/>	• l'établissement le conserve (<i>article R1112-7 du Code de la santé publique</i>),
<input checked="" type="checkbox"/>	• et le patient dispose d'un droit d'accès et de communication (<i>article L1111-7 du Code de la Santé Publique</i>).

<input type="checkbox"/>	Dans le secteur libéral , le dossier est conservé par l'établissement sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins.
<input type="checkbox"/>	Si le chirurgien quitte un établissement privé ne participant pas au service public, il semble important qu'il puisse emporter ses dossiers puisqu'il doit pouvoir répondre de son activité devant la justice. L'Anaes recommande dans ce cas d'en laisser un double dans l'établissement.
<input checked="" type="checkbox"/>	Il faut conserver ses dossiers pendant au moins 10 ans , en sachant que pour les enfants cette durée de prescription ne commence qu'à partir de leur majorité.

<input type="checkbox"/>	Dans le secteur public et PSPH , le dossier appartient à l'établissement, qui doit en assurer la conservation et l'archivage.
<input type="checkbox"/>	Le chirurgien qui quitte un établissement ne peut pas emporter ses dossiers de consultation ou d'hospitalisation. Il peut toutefois les consulter après son départ, pour le suivi d'un patient ou pour ses activités de recherche ou d'enseignement.
<input checked="" type="checkbox"/>	La durée de conservation des archives hospitalières obéit à des lois propres et compliquées qui datent de 1968. Certaines archives sont conservées indéfiniment (affections héréditaires), d'autres 70 ans (pédiatrie, stomatologie, neurologie, maladies chroniques), d'autres 5, 10, ou 20 ans.