

**GUIDE SUR LA TENUE DES DOSSIERS  
DE PHYSIOTHÉRAPIE  
S'ADRESSANT AUX PHYSIOTHÉRAPEUTES**

**CLIENTÈLE ORTHOPÉDIQUE ET RHUMATOLOGIQUE  
(ATTEINTE PÉRIPHÉRIQUE)**

**Adapté à la clientèle en phase  
aiguë et subaiguë**

**COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE**

## A. IDENTIFICATION DU DOSSIER DU CLIENT À L'ÉTUDE

Nom : \_\_\_\_\_  
Nom du client à sa naissance  
Nom d'un tuteur, si le client  
est mineur.

Prénom : \_\_\_\_\_  
Prénom du client.

Classement par ordre alphabétique : Oui  Non

Ou

Numéro du dossier du client : \_\_\_\_\_  
Numéro du dossier médical ou du dossier du  
client selon le système de classement de dossiers.

Date d'ouverture du dossier : \_\_\_\_\_  
Année, mois et jour de la première consultation.

Date de fermeture du dossier : \_\_\_\_\_  
Année, mois et jour de la cessation des services  
de physiothérapie.  
Inscrire N/A si le dossier est ouvert.

Nombre de visites : \_\_\_\_\_  
Nombre total de visites effectuées en physiothérapie  
(minimum de 5 visites).

### SYMBOLES

P : PRÉSENT

A : ABSENT

N/A : NON APPLICABLE

## B. CONTENU DU DOSSIER DU CLIENT

### 1. IDENTIFICATION DES DOSSIERS (Art.3 Règlement sur la tenue des dossiers)

ITEM	DÉFINITION
Date d'ouverture (art.3 al.1 par.1°)	Indication de l'année, du mois et du jour de la première consultation en physiothérapie.
Nom, prénom (art.3 al.1 par.2°)	Indication du nom et du prénom du client à sa naissance.
Date de naissance (art.3 al.1 par.2°)	Indication de l'année, du mois et du jour de la naissance du client.
Adresse (art.3 al.1 par.2°)	Indication du numéro civique, rue, ville, province et code postal du client.
Téléphone (art.3 al.1 par.2°)	Inscription du numéro de téléphone à domicile et au travail, lorsqu'applicable. Inscription du numéro de téléphone d'un tuteur, si le client est mineur.
Numéro de dossier	Inscription du numéro de dossier correspondant au système de classement en vigueur.

### 2. IDENTIFICATION DE LA RÉFÉRENCE

LA DEMANDE DE CONSULTATION DOIT ÊTRE JOINTE AU DOSSIER ET CONTENIR LES INFORMATIONS SUIVANTES :

Diagnostic médical ou motif de la consultation	Modalités recommandées ou prescrites par le médecin
Transcription du diagnostic ou du motif tel qu'inscrit sur la demande de consultation	Transcription de ce que le médecin recommande ou prescrit. Ex. : exercices de renforcement, chaleur, mobilisation, etc. Inscription du N/A si aucune modalité ou recommandation n'est précisée.

Note : Le physiothérapeute n'est pas tenu de transcrire le contenu de la référence dans le dossier du client si la feuille de référence est jointe au dossier.

### 3. HISTOIRE (Art.3 Règlement sur la tenue des dossiers)

ITEM	DÉFINITION
Sexe (art.3 al.1 par.2°)	Identification du sexe, homme ou femme.
Âge	Indication de l'âge du client à l'ouverture du dossier.
Dominance	Indication du côté dominant du client. (Droitier, gaucher ou ambidextre).
Motif (s) de consultation (art.3 al.1 par.3°)	Énumération des motifs pour lesquels le client consulte en physiothérapie. Ex. : douleur, atteinte de la fonction, etc.
Date de l'événement	Indication de l'année, du mois et du jour de la blessure ou de la chirurgie, ou du début de l'apparition des symptômes.
Mécanisme des blessures ou origine de la lésion	Description de l'événement et de la biomécanique provoquant la blessure, ou identification de l'origine de la lésion. Ex. : collision, coup, chute, mouvements répétés, etc.
Évolution des symptômes	Description de l'évolution des symptômes depuis leur apparition (les symptômes ont augmenté, diminué, sont demeurés identiques ou se sont modifiés) incluant l'évolution post-opératoire, s'il y a lieu.
Traitements antérieurs	Énumération des traitements reçus avant la présente consultation et leurs effets (traitements en physiothérapie ou toute autre forme de traitement).
Occupation ➤ type de travail	Description du travail du client. Ex. : travail manuel, travail exigeant physiquement, mouvements répétitifs, posture, etc.  Si le client ne travaille pas, le physiothérapeute doit le noter au dossier et porter une attention à l'occupation antérieure.
➤ Aspect ergonomique du travail	Description du poste de travail. Ex. : environnement, outils de travail, adaptation, etc.

**3. HISTOIRE (Art.3 Règlement sur la tenue des dossiers)****SUITE...**

<b>ITEM</b>	<b>DÉFINITION</b>
Activités de loisirs	Énumération des sports et loisirs que pratique habituellement le client.  S'il n'y en a aucun ou s'il y a des restrictions, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Objectif (s) du client	Identification des attentes du client. Ex. : réussir les AVQ ou AVD, retourner au travail, reprendre ses activités et ses loisirs, etc.
Rapports d'examens	Énumération des résultats des examens de laboratoire ou autres. Ex. : Hb, plaquettes, ions, INR, albumines, radiographie, ÉMG, ÉEG, etc.  Si aucun examen n'a été fait, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Antécédents (art.3 al.1 par.4°)	Énumération des faits antérieurs concernant la santé et pertinents à la lésion actuelle.  S'il n'y en a aucun, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Affections associées (art.3 al.1 par.4°)	Énumération des autres maladies ou problèmes de santé qui peuvent influencer la fonction ou l'état actuel du client (incluant allergies).  S'il n'y en a pas, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Médication	Énumération de tous les médicaments que le client prend régulièrement ou au besoin.  Si aucune médication n'est prescrite, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Environnement social	Indication du statut marital, nombre d'enfants et leur implication ainsi que les personnes significatives ou les ressources impliquées.
Environnement physique	Indication du type de résidence Ex. : présence d'escalier, de rampe, de rampe d'accès, d'ascenseur, de tapis, etc.

#### 4. S- DONNÉES SUBJECTIVES

ITEM	DÉFINITION
Douleur	
➤ Description	Description du type de douleur telle que ressentie et décrite par le client. Ex. : brûlure, élancement, pression, etc.
➤ Localisation	Description de la topographie de la douleur.
➤ Intensité	Cotation de l'intensité de la douleur selon une échelle reconnue.
➤ Durée, fréquence et horaire	Indication de la durée, de la fréquence et description du cycle quotidien d'apparition de la douleur afin de déterminer l'irritabilité de l'affection.
➤ Augmentée par	Énumération et description des facteurs responsables de l'apparition ou de l'augmentation de la douleur.
➤ Diminuée par	Énumération et description des facteurs responsables de l'élimination ou de la diminution de la douleur.
Paresthésie	Description topographique des engourdissements, picotements ou hypo/hyperesthésie.
Faiblesse	Identification des sensations de faiblesse perçues par le client. Ex. : pied
Autres symptômes	Ex. : nausées, vomissements, étourdissements.
AVQ/AVD	Description de ce que le client ne peut plus faire parmi les activités suivantes :  AVQ : Les activités de la vie quotidienne. (L'hygiène, l'alimentation, les transferts et les déplacements).  AVD : Les activités de la vie domestique. Ex. : la cuisine, le ménage, la lessive, le repassage, etc.  Peut inclure l'utilisation d'échelles fonctionnelle ou de qualité de vie. Ex. : SPADI, le questionnaire Oswestry, etc.
Ressources impliquées	Famille, CLSC, services privés
Adaptations à domicile	Mention des adaptations présentes ou à venir. Ex. : banc de bain, pince à long manche, siège de toilette

**4. S- DONNÉES SUBJECTIVES****Suite ...**

Questions spécifiques	Mention des autres signes et symptômes spécifiques à l'articulation évaluée. Ex. : dérobade et blocage du genou en regard d'une évaluation du genou, etc.
Histoire de chutes	« Drop-attack », « Black-out », circonstances, lieux, séquelles, nombre, techniques pour se relever.

<b>5. O- DONNÉES OBJECTIVES/ÉVALUATION DU RENDEMENT FONCTIONNEL (art.3 al.1 par.5° Règlement sur la tenue des dossiers)</b>	
<b>ITEM</b>	<b>DÉFINITION</b>
Observations générales	Description du portrait global du client. Ex. : faciès, attitude de protection, pansement, drain, sonde, daval, plâtre, etc.
Observations spécifiques morphologie et posture	Description détaillée de la posture et de la trophicité, ex. : couleur, chaleur, œdème, aspect cutané, etc., de la région ou des régions impliquées.
Bilan articulaire actif	Énumération des résultats des mesures des amplitudes articulaires actives prises à l'aide d'instruments, ex. : goniomètre, règle, etc. et description des réactions subjectives associées.
Bilan articulaire passif physiologique	Énumération des résultats des mesures des amplitudes articulaires passives prises à l'aide d'instruments, ex. : goniomètre, règle, etc., description des sensations de fin de mouvements (SFM) et description des réactions subjectives associées.  Mobilité de la rotule.
Mouvements résistés	Énumération des groupes musculaires mis en tension et description des réactions subjectives associées.
Scan des autres articulations	Évaluation sommaire des autres articulations Ex. : évaluation des m. sup. et m. inf. opposés dans le cas de PTG/PTH
Bilan musculaire	Atrophie, qualité de recrutement (retardé, sous-maximal, stabilise la rotule, contre gravité, tremblements, tonus)
Bilan circulatoire	Énumération des données objectives relatives à la circulation. Ex. : pouls, volume, circonférence, etc.
Bilan neurologique	Si engourdissements ou picotements : description des dermatomes, myotomes, réflexes ostéo-tendineux, du clonus et du réflexe cutané plantaire.  Sinon, sensibilité du 1 <sup>er</sup> espace et extension du 1 <sup>er</sup> orteil
Signes vitaux	Énumération et description des signes vitaux pertinents. Ex. : saturation, T <sup>0</sup> , T/A, fréquence cardiaque, pression artérielle pulmonaire, etc.

5. O- DONNÉES OBJECTIVES/ÉVALUATION DU RENDEMENT FONCTIONNEL (art.3 al.1 par.5° Règlement sur la tenue des dossiers) <span style="float: right;">Suite...</span>	
Bilan respiratoire sommaire	Énumération des données objectives relatives à la capacité de tousser, à l'encombrement, à la dyspnée mesurée à l'aide d'une échelle reconnue, à la fréquence respiratoire, à l'expansion thoracique et à la saturation O <sub>2</sub> ; présence d'équipement tel que ventimasque, lunette nasale, etc.
Tests complémentaires	Sélection de test(s) spécifique(s) permettant d'obtenir une confirmation de l'impression clinique. Ceci peut aussi bien comprendre un bilan cardiorespiratoire, lorsqu'indiqué.
Mobilité	
➤ Transferts	Description de la capacité du client à exécuter les transferts, les déplacements au lit et les changements de position.
➤ Marche	Description du schème de marche, endurance et aides techniques utilisées. La vitesse de marche sur 10 mètres et le test de marche 6 minutes pourraient être utilisés pour objectiver cet item.
➤ Barrières architecturales	Description de la capacité du client à franchir les obstacles. Ex. : escaliers, trottoirs, etc.
Palpation	Énumération des structures anatomiques palpées en vue de confirmer une réaction douloureuse ou autre. Ex. : qualité tissulaire, spasme, mollet, etc.

## 6. A- ANALYSE (art.3 al.2 par.1° et 2° Règlement sur la tenue des dossiers)

ITEM	DÉFINITION
Liste des problèmes (art.3 al.2 par.1°)	Énumération des signes, des symptômes, des déficiences et des incapacités identifiées à la suite de l'analyse des données subjectives et objectives de l'évaluation faite par le physiothérapeute.
Raisonnement clinique	Démarche faisant appel à l'intégration de toutes les connaissances du physiothérapeute et qui conduit, à la suite de l'examen d'un individu, à l'identification des déficiences et du niveau d'incapacité ayant un impact sur la capacité fonctionnelle optimale du client.

## 7. P- PLAN DE TRAITEMENT

ITEM	DÉFINITION
Plan de traitement correspondant aux problèmes identifiés (art.3 al.2 par.2°)	Énumération des interventions envisagées visant à réduire ou corriger les signes, les symptômes, les déficiences et les incapacités identifiées.
Fréquence prévue des visites	Indication du nombre de visites prévues hebdomadairement ou mensuellement, ou date de la prochaine intervention ou visite.

**8. I- INTERVENTION (art.3 al.2 par.4° Règlement sur la tenue des dossiers)**

ITEM	DÉFINITION
Recommandations faites au client (art.3 al.2 par.3°)	Description de la nature des recommandations faites au client (conseils sur la posture, soulèvement de charge, programme d'exercices ou description de toute autre recommandation très spécifique).
Énumération des services professionnels rendus et leur date	Énumération de toutes les interventions et de tous les services rendus à chaque visite.  Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route ou au dossier suivant un ordre chronologique.
Description des paramètres	Indication des caractéristiques des modalités appliquées à chaque visite. Ex. : TENS au niveau du sus-épineux droit, fréquence : 100 Hz ; largeur d'onde : 100 µs (micro-secondes), temps d'application : 30 minutes; exercices circulatoires 5X10 aux chevilles, glace au genou (D) 10 minutes.  Il s'agit de s'assurer de mettre tous les paramètres permettant à un pair de reproduire l'intervention et de la modifier au besoin.  Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route ou au dossier suivant un ordre chronologique.

<b>9. E- ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION (art.3 al.2 par.4° Règlement sur la tenue des dossiers)</b>	
<b>ITEM</b>	<b>DÉFINITION</b>
Données subjectives	Réévaluation d'une ou plusieurs données subjectives recueillies avant l'intervention.
Données objectives	Réévaluation d'une ou plusieurs données objectives recueillies avant l'intervention.

<b>10. BILANS</b>	
<b>ITEM</b>	<b>DÉFINITION</b>
Bilans en cours de traitement	Réévaluation selon une fréquence appropriée de l'état du client en cours de traitement (SOAP).
Bilan final (art.3 al.2 par.5°)	Évaluation du rendement physique fonctionnel maximal du client obtenu à la fin des traitements (SOAP).  Cet item peut être coté N/A si le client ne s'est pas présenté à la dernière visite.

## 11. GÉNÉRALITÉS À CONSIDÉRER

ITEM	DÉFINITION
Annotations, correspondance et autres documents relatifs aux services professionnels rendus (art.3 al.2 par.6°)	Copies de notes acheminées au médecin traitant, SAAQ, CSST, compagnies d'assurances, copie des reçus émis au client, etc.
<p>Écriture</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lisibilité</li> <li>➤ Terminologie</li> <li>➤ Abréviations</li> </ul>	<p>La lisibilité permet d'éviter toute erreur d'interprétation.</p> <p>Le vocabulaire est scientifique et compréhensible par d'autres professionnels de la santé.</p> <p>Les abréviations et les symboles inscrits doivent être reconnus et compréhensibles par les personnes concernées.</p>
Identification professionnelle (signature suivie du titre) (art.3 al.3)	Le physiothérapeute signe son nom au complet suivi du titre « physiothérapeute » ou pht. Ses initiales suivies de son titre suffisent sur les autres pages.
Le montant des honoraires (art.3 al.2 par.9°)	Le montant des honoraires doit être inscrit au dossier quand le client en assume les frais.
Les renseignements pertinents autres que ceux consignés ou insérés en vertu du paragraphe c, dont il est au courant et qui sont relatifs aux services rendus à son client par d'autres professionnels de la santé (art.3 al.2 par.8°)	Énumération des informations qui complètent ou étoffent davantage le dossier client . Ex. : le client est suivi en psychologie.