

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

CLIENTÈLE CARDIORESPIRATOIRE

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

A. IDENTIFICATION DU DOSSIER DU CLIENT À L'ÉTUDE

Nom : _____
Nom du client à sa naissance
Nom d'une personne-ressource, si le client
est mineur.

Prénom : _____
Prénom du client.

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.

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 (Article 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'une personne-ressource, 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 respiratoires, de renforcement, drainage postural, 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 (article 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.
Date d'admission ou date de l'événement	Indication de la date d'admission ou du moment approximatif du début de l'apparition des signes et symptômes. Ex. : dyspnée, toux, etc.
Motif (s) de consultation (art.3 al.1 par.3°)	Énumération des motifs pour lesquels le client est référé en physiothérapie. Ex. : dyspnée, chirurgie, atélectasie, 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).
Description de la chirurgie et évolution post-opératoire	Indication de la date de la chirurgie et de l'extubation. Description du type de chirurgie et de l'évolution des signes et symptômes depuis ce temps (les symptômes ont augmenté, diminué, sont demeurés identiques ou se sont modifiés). Identification des complications, s'il y a lieu.
Communication	Difficulté de communication (trachéotomie). Identification de la langue parlée, s'il y a lieu.
Occupation	Description du travail du client. Ex. : travail manuel, travail exigeant physiquement, mouvements répétitifs, posture, etc. ou de son occupation principale. Si le client ne travaille pas, le physiothérapeute doit le noter au dossier. Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.

3. HISTOIRE (Article 3 Règlement sur la tenue des dossiers)		SUITE ...
ITEM	DÉFINITION	
Situation sociale	<p>Description de la situation sociale du client :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutien disponible. Ex. : famille, ami (e)s, etc. ▪ Situation à la maison. Ex. : habite seul, avec quelqu'un, marié, veuf, etc. ▪ Forme de service reçu. Ex. : CLSC, « popotte roulante », etc. ▪ Environnement. Ex. : maison, appartement, présence d'escaliers, etc. <p>Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.</p>	
Activités de loisirs	<p>Énumération des sports et loisirs que pratique habituellement le client.</p> <p>S'il n'y en a aucun ou s'il y a des restrictions, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>	
Équipe interdisciplinaire	<p>Identification des disciplines et des consultants impliqués dans le plan de soins.</p>	
Objectif (s) du client	<p>Identification des attentes du client. Ex. : réussir les AVQ ou AVD, retourner au travail, reprendre ses activités et ses loisirs, etc.</p> <p>Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.</p>	
Rapports d'examens	<p>Énumération des résultats des examens, ex. : ÉMG, ÉEG, radiographie, angiographie, échographie, tomographie, bronchoscopie, etc. et des gaz artériels, ex. : pH, PCO₂, PO₂, HCO₃, etc.</p> <p>Si aucun examen n'a été fait, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>	
Antécédents (art.3 al.1 par.4°)	<p>Énumération des faits antérieurs concernant la santé et pertinents à la lésion actuelle.</p> <p>S'il n'y en a aucun, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>	

3. HISTOIRE (Article 3 Règlement sur la tenue des dossiers)		SUITE...
ITEM	DÉFINITION	
Affections associées (art.3 al.1 par.4°)	<p>Énumération des autres maladies, problèmes de santé ou facteurs de risques qui peuvent influencer la fonction ou l'état actuel du client. Ex. :diabète, alcool, tabagisme, obésité, dyslipidémie, etc.</p> <p>S'il n'y en a aucune, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>	
Médication	<p>Énumération de tous les médicaments que le client prend régulièrement ou au besoin. Ex. : bronchodilatateurs, héparine, corticostéroïdes, insuline, nitroglycérine, etc.</p> <p>Si aucune médication n'est prescrite, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>	

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. Cet item peut être coté N/A s'il s'agit seulement de la douleur incisionnelle.
➤ Augmentée par	Énumération et description des facteurs responsables de l'apparition ou de l'augmentation de la douleur Ex. : la toux, la mobilisation
➤ Diminuée par	Énumération et description des facteurs responsables de l'élimination ou de la diminution de la douleur Ex. : la médication, le support de l'incision
Essoufflement et encombrement	Description subjective de l'essoufflement et de l'encombrement ressentis par le client. (<i>Échelle de dyspnée</i> pour les clients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique). Comparer à l'état habituel. Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.
Endurance	Description subjective du manque d'endurance ressenti par le client. Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.
Fatigue	Description de la sensation de fatigue ressentie par le client. Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.
Paresthésie	Description topographique des engourdissements, picotements ou hypo/hyperesthésie.

ITEM	DÉFINITION
AVQ/AVD et limitations fonctionnelles	<p>Description de ce que le client ne peut plus faire parmi les activités suivantes :</p> <p>AVQ : Les activités de la vie quotidienne. (L'hygiène, l'alimentation, les transferts et les déplacements).</p> <p>AVD : Les activités de la vie domestique. Ex. : la cuisine, le ménage, la lessive, le repassage, etc.</p> <p>Description des limitations fonctionnelles non reliées au problème cardiorespiratoire. Ex. : port d'une prothèse.</p> <p>Cet item peut être coté N/A si le client est aux soins intensifs.</p>
Questions spécifiques	Description de tout autre signe et symptôme. Ex. : nausées, étourdissements, maux de tête, faiblesse du membre supérieur, etc.

5. O- DONNÉES OBJECTIVES/ÉVALUATION DU RENDEMENT FONCTIONNEL (art.3 al.1 par.5° Règlement sur la tenue des dossiers)	
ITEM	DÉFINITION
Observations générales	Description du portrait global du client (communication, degré de collaboration et/ou orientation, teint, diaphorèse et agitation.)
Observations spécifiques morphologie et posture	Description de la posture du client (cyphose, scoliose) et de toute difformité fixe. Ex. : thorax en tonneau, thorax en pigeon, etc.
Schème respiratoire et mobilité de la cage thoracique	Description du schème respiratoire dominant au repos, de l'utilisation des muscles accessoires et du niveau de dyspnée, de la fréquence respiratoire. Ex. : schème apical, diaphragmatique, paradoxal, <i>Cheyne-Stokes</i> , etc. Description de la mobilité de la cage thoracique, de l'activité diaphragmatique, de l'expansion latéro-costale et des signes palpatoires. Ex. : crépitements sous-cutanés, frottements, etc.
Signes vitaux	Énumération et description des signes vitaux pertinents, ex. : saturation, t^0 , tension artérielle, fréquence cardiaque, ÉCG, pression artérielle pulmonaire, etc.
Bilan circulatoire	Énumération des données objectives relatives à la circulation. Ex. : pouls, volume, circonférence, etc.
Supports et équipements utilisés	
➤ Pour la ventilation	Énumération et description des équipements nécessaires utilisés pour assister la ventilation du client. Ex. : O ₂ supplémentaire, masque, lunette nasale, ventilateur, CPAP (<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>), BIPAP (<i>Bi-Positive Airway Pressure</i>), etc.
➤ Autres	Énumération et description des autres équipements utilisés afin d'assister l'état médical du client. Ex. : tube nasogastrique, ligne intra-veineuse, drain thoracique, ligne centrale, <i>Foley</i> , simulateur cardiaque, etc.
Auscultation	Description des signes et symptômes retrouvés à l'auscultation et comparaison gauche/droit. Ex. : entrée d'air normale, diminuée ou absente, bruits adventices tels souffle tubaire, <i>wheezing</i> , crépitements, frottement pleural, etc.

5. O- DONNÉES OBJECTIVES/ÉVALUATION DU RENDEMENT FONCTIONNEL
(art.3 al.1 par.5° Règlement sur la tenue des dossiers)

SUITE.

ITEM	DÉFINITION
Toux/expectoration	Description de la toux (forte, modérée, faible, grasse, productive ou non, fréquence), des expectorations (consistance, couleur, fréquence, quantité).
Inspirométrie	Précision du niveau atteint.
Fonction motrice	Description de façon globale et fonctionnelle de la mobilité générale active et de la force musculaire aux quatre membres.
Somesthésie	Description de la sensibilité.
<p>Mobilité et transferts</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transferts ➤ Marche ➤ Barrières architecturales 	<p>Description de la mobilité au lit (couché à assis, assis à debout) et de la capacité du client à exécuter les transferts (seul, avec supervision ou assistance).</p> <p>Description du schème de marche, de l'endurance (distance, fatigue, essoufflement), des aides techniques utilisées, des besoins d'assistance ou non et de l'utilisation d'O₂ ou non.</p> <p>Description de la capacité du client à franchir les obstacles. Ex. : escaliers, trottoirs, marches extérieures, etc.</p>
Tests complémentaires	<p>Sélection de test(s) spécifique(s) permettant d'obtenir une confirmation de l'impression clinique. Ex. : percussion.</p> <p>Description de la qualité de vie du client telle que mesurée par un questionnaire générique (<i>Short Form 36</i>) et spécifique (<i>Chronic Respiratory Disease Questionnaire</i>).</p> <p>Amplitudes articulaires du membre supérieur.</p>

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 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 quotidiennement, hebdomadairement ou mensuellement, ou moment 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°)	Indication de la nature des recommandations faites au client (conseils sur le positionnement et la posture, utilisation de l'inspirométrie, 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. : lors d'une atélectasie du lobe supérieur droit, dans un cas de pneumonie d'aspiration, inscrire : exercices respiratoires profonds abdominal ou diaphragmatique en décubitus latéral gauche combinés au clapping et vibrations. Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route ou au dossier suivant un ordre chronologique.

9. E- ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION (art.3 al.2 par.4° Règlement sur la tenue des dossiers)	
ITEM	DÉFINITION
Données subjectives	Réévaluation d'une ou plusieurs données subjectives recueillies avant l'intervention. Si non applicable, collecte régulière de données subjectives sous forme de bilan en cours de traitement permettant de suivre l'évolution du client.
Données objectives	Réévaluation d'une ou plusieurs données objectives recueillies avant l'intervention (saturation O ₂ pré et post traitement). Si non applicable, collecte régulière de données objectives sous forme de bilan en cours de traitement permettant de suivre l'évolution du client.

10. BILANS	
ITEM	DÉFINITION
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), ainsi que des besoins et du type de suivi nécessaire. Ex. : congé à la maison versus réadaptation, convalescence ou autre, suivi en externe, aides techniques, exercices à long terme, etc. 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, etc.
<p>Écriture</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lisibilité ➤ Terminologie ➤ Abréviations 	<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.