

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

**CLIENTÈLE NEUROLOGIQUE
(BLESSÉ MÉDULLAIRE)**

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 physio-
thérapie (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

ACCÈS DIRECT OUI NON
SI OUI, MOTIF DE LA CONSULTATION :

Inscription des raisons pour lesquelles le client consulte en physiothérapie
SI NON, 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. L'inspecteur/enquêteur transcrit les informations sur le présent formulaire afin d'assurer une bonne compréhension du dossier étudié par le CIP.

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.
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 moment approximatif 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 (traumatique, hémorragique, embolique).
Évolution des symptômes	Description de l'évolution des symptômes depuis leur apparition (les symptômes ont augmenté, diminué, sont demeurés identiques ou se sont modifiés). TCC : Coma (durée et dates). Si l'information ne peut être obtenue, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Traitements antérieurs	Énumération des traitements reçus avant la présente consultation et leurs effets (traitements en physiothérapie ou toute autre forme de traitement). Si l'information ne peut être obtenue, le physiothérapeute doit le noter au dossier.
Communication	Identification de la langue parlée au besoin. Précision si problème d'asphasie (expression/compréhension) et/ou dysarthrie
Comportement	Description des informations obtenues au dossier antérieur ou au dossier central concernant la collaboration et/ou les troubles de comportement.

3. HISTOIRE (Article 3 Règlement sur la tenue des dossiers)		SUITE...
ITEM	DÉFINITION	
Fonctions mentales supérieures	Description des informations sur la mémoire, le jugement, l'orientation, etc.	
Environnement social	Description de la situation familiale, du type d'occupation ainsi que des habitudes de vie.	
Environnement physique	Indication du type de résidence. Ex. : présence d'escalier, de rampe, de rampe d'accès, d'ascenseur, de tapis, etc.	
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 ou des personnes significatives	Identification des attentes du client, de la famille ou du personnel infirmier. Ex. : réussir les AVQ ou AVD, reprendre ses activités et ses loisirs, etc.	
Rapports d'examens	Énumération des résultats des examens. Ex. : ÉMG, ÉEG, radiographies, etc.	
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.	
Fonctions neurovégétatives	Hypotension orthostatique, dysrèflexie autonome (déjà mentionné au dossier central).	
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. 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.	

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, si possible.
➤ 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.
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 qualité de vie. Ex. : SPADI, le questionnaire Oswestry, etc.
Ressources impliquées	Famille, CLSC, services privés.
Associations à domicile déjà présentes	Mention des adaptations présentes. Ex. : banc de bain, siège de toilette surélevé, pince à long manche, etc.
Questions spécifiques	Mention de tout autre signe et symptôme. Ex. : nausées, maux de tête, étourdissements, 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 lorsqu'il se présente en consultation. Ex. : attitude posturale, démarche, etc.
Observations spécifiques morphologie et posture	Description détaillée de la posture et de la trophicité. Ex. : couleur, chaleur, oedème, aspect cutané, etc. de la région ou des régions impliquées.
Bilan respiratoire	Description et mesure du type et du rythme respiratoire, de l'efficacité de la toux et mesure de la capacité vitale.
Bilan circulatoire/état de la peau	Énumération des données objectives relatives à la circulation. Ex. : pouls, volume, circonférence, état de la peau, etc.
Bilan articulaire actif	Énumération des résultats de mesure des amplitudes articulaires actives prises à l'aide d'instruments. Ex. : règle, inclinomètre, goniomètre, etc.
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), afin, entre autre, d'énumérer les groupes musculaires rétractés.
Mouvements résistés	Énumération des groupes musculaires mis en tension et description des réactions subjectives associées.
Tonus musculaire	<p>Identification des résultats de l'évaluation du tonus musculaire selon une échelle reconnue. (<i>Échelle d'Ashworth</i> modifiée).</p> <p>Identification des variations du tonus musculaire à l'activité.</p> <p>Indication de la présence ou non de clonus, réactions associées et réflexes archaïques. Ex. : cutané plantaire, etc.</p>
Bilan musculaire	Cotation de la force d'un muscle ou d'un groupe de muscles à l'aide d'un outil de mesure. Ex. : dynamomètre, myomètre, échelle analytique, etc.

5. O- DONNÉES OBJECTIVES/ÉVALUATION DU RENDEMENT FONCTIONNEL (art.3 al.1 par.5° Règlement sur la tenue des dossiers) SUITE...	
ITEM	DÉFINITION
Bilan neurologique	Description des dermatomes, myotomes, réflexes ostéo-tendineux et tests de proprioception. Évaluation selon <i>Asia</i> , clonus, réflexe cutané plantaire. Sensibilité superficielle
Tests complémentaires	Sélection de test (s) spécifique (s) permettant d'obtenir une confirmation de l'impression diagnostique.
Équilibre	Assis, debout (<i>Test de Collot, Échelle de Berg</i>), etc.
Mobilité	
➤ Mobilité au matelas	Description du degré d'autonomie pour se remonter dans le lit couché↔assis, décubitus dorsal↔décubitus latéral droit, décubitus dorsal↔décubitus latéral gauche.
➤ Transferts	Description de la capacité du client à exécuter les transferts.
➤ Marche	Description de la capacité du client à marcher : seul, avec supervision ou aide, avec ou sans accessoire. Description du schème de marche. Mesures objectives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualité mesurée par vitesse de marche sur 10 mètres. ▪ Endurance mesurée par le test de marche 6 minutes incluant la fréquence cardiaque et la tension artérielle. La fréquence respiratoire et l'<i>Échelle de Borg</i> peuvent aussi être utilisées.
➤ Se relever du sol	Description de la capacité du client à se relever du sol.
➤ Barrières architecturales	Description de la capacité du client à franchir les obstacles (escaliers, trottoirs, etc.).
Palpation	Énumération des structures anatomiques palpées en vue de confirmer une réaction douloureuse ou autre. Ex. : qualité tissulaire, spasme, etc.

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

ITEM	DÉFINITION
Liste des problèmes	Énumération des signes, des symptômes, des déficiences et des incapacités identifiées suite à 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.
Objectifs à court/long terme	Objectifs de traitements réalistes, mesurables, en accord avec les attentes du client et des proches et correspondant aux incapacités identifiées.

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°) ou aux autres professionnels et aux proches	Indication de la nature des recommandations faites au client (conseils sur la posture, programme d'exercices ou description de toute autre recommandation très spécifique). Précision concernant la nature des recommandations faites au personnel concernant la marche, les mouvements et les transferts.
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. : tapis roulant 1 km/h, 2 minutes, équilibre debout sur foam de 4 pouces, 1 minute, etc. 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.

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	<p>Réévaluation d'une ou plusieurs données subjectives recueillies avant l'intervention.</p> <p>Si non applicable, collecte régulière de données subjectives sous forme de bilan en cours de traitement permettant de suivre l'évolution du client.</p>
Données objectives	<p>Réévaluation d'une ou plusieurs données objectives recueillies avant l'intervention.</p> <p>Si non applicable, collecte régulière de données objectives sous forme de bilan en cours de traitement permettant de suivre l'évolution du client.</p>

10. BILANS

ITEM	DÉFINITION
Bilans en cours de traitement	<p>Réévaluation selon une fréquence appropriée de l'état du client en cours de traitement (SOAP).</p>
Bilan final (art.3 al.2 par.5°)	<p>Évaluation du rendement physique fonctionnel maximal du client obtenu à la fin des traitements (SOAP), déplacements au lit, transferts, marche et mesures (vitesse, test de marche 6 minutes), mesures d'équilibre, escaliers.</p> <p>Cet item peut être coté N/A si le client ne s'est pas présenté à la dernière visite.</p>

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.
Écriture <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.