

**GUIDE SUR LA TENUE DES DOSSIERS
DE PHYSIOTHÉRAPIE
S'ADRESSANT AUX THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE**

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

COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

A. IDENTIFICATION DU DOSSIER DU CLIENT À L'ÉTUDE

Nom : _____ Prénom : _____
Nom du client à sa naissance Prénom du client.
Nom d'un parent ou tuteur, si le client
est mineur.

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 en physiothérapie

Date de prise en charge par le T.R.P.: _____
Année, mois et jour de la prise en charge par le T.R.P.

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'un parent ou 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

| | | | | |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Diagnostic médical non limité aux symptômes | <input type="checkbox"/> | OUI | <input type="checkbox"/> | NON |
| Dossier documentant l'atteinte | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Évaluation d'un physiothérapeute | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

| 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 thérapeute en réadaptation physique 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). |
| Date de l'événement | Indication de l'année, du mois et du jour de la blessure 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 thérapeute en réadaptation physique doit le noter au dossier. |
| ➤ Aspect ergonomique du travail | Description du poste de travail. Ex. : environnement, outils de travail, adaptation, etc. |

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

| ITEM | DÉFINITION |
|---|---|
| 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 thérapeute en réadaptation physique doit le noter au dossier. |
| Objectifs 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. Ex. : ÉMG, ÉEG, radiographie, etc. Si aucun examen n'a été fait, le thérapeute en réadaptation physique 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 thérapeute en réadaptation physique 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. S'il n'y en a pas, le thérapeute en réadaptation physique 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 thérapeute en réadaptation physique 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. |
| ➤ 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 | <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>Peut inclure l'utilisation d'échelles fonctionnelle ou de qualité de vie. Ex. : SPADI, le questionnaire Oswestry, etc.</p> |

| 4. S DONNÉES SUBJECTIVES | | SUITE |
|--------------------------|---|-------|
| ITEM | DÉFINITION | |
| Position de sommeil | Description de la position de sommeil. Exception faite de cas en orthopédie aiguë. | |
| Questions spécifiques | Mention des autres signes et symptômes spécifiques à l'articulation évaluée. Ex. : nausées, étourdissements, maux de tête, troubles sphinctériens, 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, collet cervical, etc. |
| Observations spécifiques | Description détaillée de la posture, de la morphologie, des déformations et de l'atrophie. |
| Bilan trophique | Énumération des données objectives relatives à la trophicité Ex : coloration, température, œdème, aspect cutané, etc. |
| Bilan neurologique | Description des dermatomes, myotomes, réflexes ostéo-tendineux, du clonus et du réflexe cutané plantaire. |
| Bilan articulaire actif | Énumération des résultats des mesures des amplitudes articulaires actives prises à l'aide d'instruments, ex. : goniomètre, inclinomètre, 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. Applicable seulement dans les cas d'atteinte du rachis cervical. |
| Mouvements résistés | Énumération des groupes musculaires mis en tension et description des réactions subjectives associées |
| 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 |
| Tests complémentaires | Utilisation de test (s) spécifique (s) permettant de suivre l'évolution de l'état du client. 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, etc. |

6. A- ANALYSE (art.3 al.2 par.1° et par.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 identifiés à la suite à l'analyse des données subjectives et objectives de l'évaluation faite par le thérapeute en réadaptation physique. |
| Impact sur le rendement fonctionnel | Identification des liens existant entre la liste des problèmes et le rendement fonctionnel. |
| Objectifs | Objectifs de traitements réalistes, mesurables, en accord avec les attentes du client et correspondant aux incapacités identifiées (à court, moyen et long termes) le cas échéant. |

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 | <p>Énumération de toutes les interventions et de tous les services rendus à chaque visite.</p> <p>Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route ou au dossier suivant un ordre chronologique.</p> |
| Description des paramètres | <p>Indication des caractéristiques des modalités appliquées à chaque visite. Ex. : TENS au niveau de L4-L5 en paravertébral droite, fréquence de 100Hz, une largeur d'onde de 100us (micro-secondes), temps d'application de 30 minutes;</p> <p>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.</p> <p>Ces informations peuvent être consignées sur une feuille de modalités ou feuille de route ou au dossier suivant un ordre chronologique.</p> |

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 | Réévaluation selon une fréquence appropriée de l'état du client en cours de traitement (SOAP). |
| Bilan final (art.3 al.2 par.5°) | <p>Évaluation du rendement physique fonctionnel maximal du client obtenu à la fin des traitements (SOAP).</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, copies des reçus émis au client, etc. |
| Écriture | |
| ➤ Lisibilité | La lisibilité permet d'éviter toute erreur d'interprétation. |
| ➤ Terminologie | Le vocabulaire est scientifique et compréhensible par d'autres professionnels de la santé. |
| ➤ Abréviations | Les abréviations et les symboles inscrits doivent être reconnus et compréhensibles par les personnes concernées. |
| Identification professionnelle (signature suivie du titre ou de l'abréviation T.R.P.) (art.3 al.3) | Le thérapeute en réadaptation physique signe son nom au complet suivi du titre «thérapeute en réadaptation physique » ou «T.R.P.». 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. |