

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

**CLIENTÈLE RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE**

**COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE**

N.B. Ce guide a été élaboré à partir des lignes directrices pour la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne au Québec, adoptées au Bureau du 27 septembre 2007

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

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nom du client à sa naissance Prénom du client.  
Nom d'une personne ressource si le client a moins de 18 ans \_\_\_\_\_

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 3 visites).

## B. CONTENU DU DOSSIER DU CLIENT

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

| ITEM                                     | DÉFINITION                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date d'ouverture<br>(art.3 al.1 par.1°)  | Indication de l'année, du mois et du jour de la première consultation en physiothérapie.                                                                    |
| Nom, prénom<br>(art.3 al.1 par.2°)       | Indication du nom et du prénom du client à sa naissance.                                                                                                    |
| Date de naissance<br>(art.3 al.1 par.2°) | Indication de l'année, du mois et du jour de la naissance du client.                                                                                        |
| Adresse<br>(art.3 al.1 par.2°)           | Indication du numéro civique, rue, ville, province et code postal du client.                                                                                |
| Téléphone<br>(art.3 al.1 par.2°)         | Inscription du numéro de téléphone à domicile et au travail, lorsqu'applicable.<br>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

ACCÈS DIRECT

OUI ☐

NON ☐

SI OUI, MOTIF DE LA CONSULTATION :

Inscription des raisons pour lesquelles le client consulte un physiothérapeute.

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.<br>Ex. : exercices du plancher pelvien, entraînement vésical, etc.<br>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 (Art.3 Règlement sur la tenue des dossiers)

| ITEM                                             | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sexe<br>(art.3 al.1 par.2°)                      | Identification du sexe, homme ou femme.                                                                                                                                                                                         |
| Âge                                              | Indication de l'âge du client à l'ouverture du dossier.                                                                                                                                                                         |
| Motif (s) de consultation<br>(art.3 al.1 par.3°) | Énumération des motifs pour lesquels le client consulte en physiothérapie. Ex. : douleur pelvienne, incontinence, etc.                                                                                                          |
| Apparition des symptômes                         | Indication de l'année, du mois et du jour de l'apparition des symptômes.                                                                                                                                                        |
| Évolution des symptômes                          | Description de l'évolution des symptômes depuis leur apparition (les symptômes ont augmenté, diminué, sont demeurés identiques ou se sont modifiés).                                                                            |
| Traitements antérieurs                           | Énumération des traitements reçus avant la présente consultation et leurs effets (traitements en physiothérapie ou toute autre forme de traitement).<br>Si l'information ne peut être obtenue, le pht doit le noter au dossier. |
| Cycle menstruel/Ménopause                        | Relation avec le cycle menstruel, cycle menstruel régulier, début de la ménopause, symptômes.                                                                                                                                   |
| Habitudes de vie                                 | Énumération des habitudes de vie<br>Ex. : tabac, caféine, alcool, hydratation, alimentation (fibres) etc.<br>Description des activités et loisirs comprenant la fréquence de ceux-ci et leur intensité.                         |

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

| ITEM                                                   | DÉFINITIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conditions de travail                                  | <p>Identification du type de travail et description de la situation de travail. Ex. : position de travail.</p> <p>Si le client ne travaille pas, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p> <p>Travail exigeant physiquement, proximité des cabinets, organisation du travail pour les pauses, etc.</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Objectif (s) du client ou des personnes significatives | <p>Identification des attentes du client ou des personnes significatives.</p> <p>Ex. : reprendre le contrôle de sa vessie, reprendre ses activités et ses loisirs, etc.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Rapports d'examens                                     | <p>Énumération des résultats des examens.</p> <p>Ex. : analyse et culture d'urine, cystoscopie, bilan urodynamique, échographie, etc.</p> <p>Si aucun examen n'a été fait, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Antécédents<br>(art.3 al.1 par.4°)                     | <p>Antécédents médicaux et chirurgicaux :</p> <p>Énumération des faits antérieurs concernant la santé et pertinents au problème actuel.</p> <p>Antécédents obstétricaux : G.P.<br/>G : nombre de grossesse (s)<br/>P : nombre de grossesse (s) à terme<br/>Histoire de l'accouchement</p> <p>Antécédents gynécologiques Ex.: ITS, fibromes, cancer de col ou cellules précancéreuses lors du PAP test et chirurgies gynécologiques.</p> <p>Antécédents d'abus sexuels, si pertinents.</p> <p>S'il n'y en a aucun, le physiothérapeute doit le noter au dossier.</p> |

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

| ITEM                                        | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Affections associées<br>(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. Ex. : problèmes respiratoires, gastro-intestinaux et l'obésité.<br><br>S'il n'y en a aucun, le physiothérapeute doit le noter au dossier. |
| Médication                                  | Énumération de tous les médicaments et produits naturels que le client prend régulièrement ou au besoin incluant l'hormonothérapie.<br><br>Si aucune médication n'est prescrite, le physiothérapeute doit le noter au dossier.                                 |

#### 4. S- DONNÉES SUBJECTIVES

| ITEM                                            | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description des changements notés par le client | Ex. :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- périnée : irritation cutanée, coloration, apparence de la vulve ou du pénis</li> <li>- béance vulvaire : affaissement du périnée</li> <li>- sécheresse vaginale</li> </ul>                                                                       |
| Mictions                                        | Indication du nombre de mictions par jour, par nuit, besoin ressenti, jet continu / intermittent, vidange, gouttes retardataires, nécessité de pousser, position lors de la miction, possibilité d'arrêter ou de ralentir pendant la miction, urgences mictionnelles, capacité de se retenir, etc. |
| ➤ Fuites d'urine                                | Énumération des circonstances qui déclenchent les fuites<br>Indication de la fréquence des fuites (continuelles, quotidiennes, épisodiques), indication de l'abondance des fuites, etc.                                                                                                            |
| Défécation                                      | Indication du nombre de selles par jour ou par semaine, besoin ressenti, nécessité de pousser, position lors de la défécation, assistance d'un suppositoire, assistance mécanique, vidange complète ou incomplète, urgence de selles, urgence de gaz.                                              |
| ➤ Fuite                                         | Énumération des circonstances qui déclenchent les fuites.<br>Indication de la fréquence et de l'abondance des fuites, de selles et de gaz.                                                                                                                                                         |
| Protections                                     | Indication de la fréquence de l'utilisation des protections, du type et du nombre.                                                                                                                                                                                                                 |
| Activité sexuelle                               | Indication de la présence de douleurs lors de relations sexuelles, les incontinences lors des relations sexuelles, les difficultés orgasmiques, les difficultés érectiles, etc.                                                                                                                    |

| 4. S- DONNÉES SUBJECTIVES             |                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SUITE... |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| ITEM                                  | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |
| Douleur et autres symptômes           |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |          |
| ➤ Description                         | Description du type de douleur ou des symptômes tels que ressentis par le client. Ex. : brûlure, élancement, pression, lourdeur pelvienne, etc.                                                                                                                                     |          |
| ➤ Localisation                        | Description de la topographie de la douleur ou des symptômes.                                                                                                                                                                                                                       |          |
| ➤ 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 ou des symptômes 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 ou des symptômes.                                                                                                                                                           |          |
| ➤ Diminuée par                        | Énumération et description des facteurs responsables de l'élimination ou de la diminution de la douleur ou des symptômes.                                                                                                                                                           |          |
| Paresthésie                           | Description topographique des engourdissements, picotements ou hypo/hyperesthésie.                                                                                                                                                                                                  |          |
| AVQ (activités de la vie quotidienne) | Identification des activités rendues difficiles ou impossibles à réaliser pour le client Ex. : déshabillage, transferts et activités de déplacement.                                                                                                                                |          |
| Sévérité de l'état                    | Cotation sur une échelle de 0 à 10 de la sévérité de l'état selon le client. Description des répercussions sur la qualité de vie. Il est recommandé d'utiliser des questionnaires standardisés tels que « Urogenital Distress Inventory » et « Incontinence Impact Questionnaire ». |          |



**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. : état cognitif, déplacement, appréhension, anxiété, collaboration, motivation, etc.                 |
| Observations spécifiques morphologie et posture       | Description détaillée de la posture, la taille, le poids, l'œdème des extrémités, le type de respiration, etc.                                                                           |
| Examen ostéo-articulaire de la région lombo-pelvienne | Évaluation de la région lombaire, des articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales, etc.                                                                                               |
| Souplesse musculaire                                  | Évaluation de la souplesse des groupes musculaires concernés. Ex. : psoas, ischio-jambiers, adducteurs, etc.                                                                             |
| Examen de l'abdomen (incluant le diaphragme)          | Palpation (cicatrices, masses). Évaluation de la diastase des grands droits. Bilan spécifique des abdominaux. Description de la respiration, mobilité du diaphragme, tension et douleur. |
| Examen du périnée                                     | Description de l'hygiène, trophicité vulvaire et anale, cicatrice, béance vulvaire et anale, visibilité de la contraction, palpation externe du périnée, etc.                            |
| Bilan neurologique                                    | Évaluation des dermatomes, des réflexes, des myotomes et des viscérotomes s'il y a lieu.                                                                                                 |
| Examen vaginal interne                                | Description de la position des organes (prolapsus), apparence du méat urinaire, mobilité viscérale, etc.                                                                                 |
| ➤ Tonus                                               | Évaluation de la tonicité globale du plancher pelvien                                                                                                                                    |
| ➤ Bilan musculaire                                    | Cotation de la force musculaire du plancher pelvien. Description de la qualité des contractions. Ex. : inversion de commande, syncinésie, etc.                                           |
| ➤ Palpation                                           | Identification des points douloureux sur un schéma. Ex. : anneau de Laycock. Description de la souplesse des tissus.                                                                     |

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

| ITEM                                  | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen anal interne                   | Présence d'hémorroïdes et fissures anales.<br><br>Mesure de l'angle ano-rectal, longueur du canal anal, distance ano-vulvaire, mobilité et position du coccyx.                                                                                                                                                  |
| ➤ Tonus musculaire                    | Évaluation de la tonicité du canal anal et des muscles du plancher pelvien.                                                                                                                                                                                                                                     |
| ➤ Bilan musculaire                    | Cotation de la force musculaire du sphincter anal externe, des muscles pubo-rectal, pubo-coccygien, ilio-coccygien, ischio-coccygien, transverse profond, description de la qualité des contractions.                                                                                                           |
| ➤ Palpation                           | Identification des points douloureux sur un schéma, des tensions musculaires, de l'intégrité du mur postérieur vaginal, etc.                                                                                                                                                                                    |
| Tests et informations complémentaires | Sélection de test (s) spécifique (s) permettant d'obtenir une confirmation de l'impression clinique. Ceci peut aussi bien comprendre l'examen instrumental de la contractilité de la musculature du plancher pelvien, mesures de perte d'urine, calendrier mictionnel, sensibilité rectale avec ballonnet, etc. |

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

| ITEM                  | DÉFINITION                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Liste des problèmes   | 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.                                                                                                 |
| Consentement (art.17 <i>Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique</i> ) | Explications sur, notamment, la nécessité, la nature, les modalités et les risques des services professionnels qui seront fournis afin d'obtenir du client ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé. |

## **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 Ex. : conseils sur les habitudes de vie, programme d'exercices, calendrier mictionnel ou description de toute autre recommandation très spécifique.                                                                                                           |
| Énumération des services professionnels rendus et leur date (art.2, al.2, par.4°) | <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. : exercices, techniques manuelles, rétroaction biologique, stimulation électrique, etc.</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. Ex. : douleur.</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. Ex. : tonus, qualité de recrutement, endurance musculaire.</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<br>(art.3, al.2, par.4°) | Réévaluation selon une fréquence appropriée de l'état du client en cours de traitement (SOAP).                                                                                                            |
| Bilan final<br>(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, compagnies d'assurances, 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) (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°)                                                                                                                                                                                         | Il est recommandé qu'une copie des reçus soit conservée au dossier (ou disponible au moment d'une inspection professionnelle).                              |
| 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.                              |