Nom de l'établissement Nom de la maternité ou du pôle	Procédure médicale ou qualité
Guide d'utilisation du dossier médical d'obstétrique	
Date de diffusion : 25/01/2021	Rédigé par : Vendittelli F, Crenn-Hebert C, Tessier V, Foulhy C. (à changer pour les maternités)
Version : 2	Vérifié par CA de l'Audipog (à changer pour les maternités)
Total pages : 1 - 5	Validé par : Le comité scientifique d'Audipog (à changer pour les maternités)

Préambule :

- Ce document est un guide pour les maternités qui élaborent ce document dans le cadre d'une démarche qualité interne ou dans le cadre de la certification de leur établissement de santé.
- Nous le mettons à votre disposition, à la demande de membres d'Audipog désirant une aide pour élaborer un tel document. Ce guide n'est qu'une proposition et il doit être adapté au fonctionnement de chaque service. Vous pouvez le modifier à votre convenance et, notamment, le présenter selon la gestion documentaire de votre établissement de santé (cf. votre protocole des protocoles).
- Le contenu de ce chapitre peut être intégré à un document (protocole, guide, charte, etc.) institutionnel plus large (s'adressant à tous les services de votre établissement)

1- Objet

Optimiser l'usage du dossier obstétrical papier et informatisé à des fins :

- de coordination et de communication des professionnels dans la prise en charge des femmes ;
- d'harmonisation de la tenue du dossier obstétrical au sein des services ;
- et d'amélioration de la qualité de sa tenue et gestion telle qu'attendue par les textes et recommandations nationaux.

2- Domaine d'application

Ce protocole s'adresse à l'ensemble des professionnels du pôle de gynécologie obstétrique du ? ou du service de ? , quel que soit leur exercice, qui utilisent les dossiers Audipog de la mère et/ou de l'enfant.

3- Organisation du dossier d'obstétrique

3-1. Classement interne des éléments d'une grossesse

Vous devez définir de façon consensuelle ce classement interne et le détailler dans ce chapitre. Les données de ce paragraphe sont citées à titre d'exemple (en vert dans le texte).
Prenez en compte pour la rédaction du « guide du dossier patient » de votre établissement de santé et le fait que votre dossier soit totalement informatisé ou non.

L'ensemble des pièces de la patiente et du nouveau-né doit être identifié, y compris la pochette contenant l'ensemble des pièces lié à une grossesse (ex : coller 1 étiquette de la patiente).

L'ensemble des pièces relatives à une grossesse doit être classé de façon indépendante des pièces des accouchements antérieurs. Pour cela utiliser des pochettes distinctes (1 par accouchement), au sein du dossier médical global de chaque femme.

Pour chaque grossesse, classer les examens biologiques, les courriers, les doubles des ordonnances, les comptes rendus des différentes échographies (si pas de dossier écho unique), les enregistrements du RCF, etc. selon des modalités propres à chaque service (les décrire).

Les éléments de la consultation de diagnostic anténatal sont classés selon des modalités spécifiques.

Le dossier du nouveau-né en maternité est un élément distinct de celui de sa mère. Créer une sous-chemise dédiée à l'enfant à sa sortie de la maternité.

Le dossier d'anesthésie est à classer avec le dossier d'obstétrique. Il en est de même, si besoin, pour la fiche de PMI, des SF libérales, le dossier de suivi des suites de couches.

Les RCF concernant l'accouchement sont à conserver avec le partogramme au décours du staff quotidien.

3-2. Responsabilité de la vérification du classement avant archivage du dossier

Vous devez définir qui est responsable de la vérification du bon classement des éléments du dossier, etc. Les praticiens (médecins, sages-femmes) sont réglementairement responsables du tri et du classement du dossier à la sortie du patient.
Pour la rédaction de ce chapitre, vérifier les protocoles, guides concernant la tenue du dossier de votre établissement de santé.

Les phrases en vert sont données à titre d'exemple :
À toutes les étapes de la prise en charge d'une femme les professionnels intervenants sont responsables du bon respect du classement du dossier.

En fin de parcours, à la sortie de la femme du post-partum ou de l'hospitalisation en cours de grossesse, et avant archivage, les secrétaires médicales vérifieront le bon respect du classement des dossiers.

4- Éléments obligatoires devant figurer dans le dossier médical

4- 1. Données administratives

Tout dossier obstétrical doit comporter les noms de naissance et d'usage, prénoms, adresse, date de naissance et coordonnées téléphoniques de la femme.

Il est nécessaire d'avoir le nom avec le lien de parenté et le téléphone de la personne à prévenir et de la personne de confiance pour chaque grossesse.

Il faut impérativement relever l'ensemble des correspondants médicaux. L'absence de médecin traitant doit être notifiée.

Ne pas oublier la signature de l'autorisation de soins par les parents si la patiente est mineure.

Etc.

4-2. Consultation médicale

Toute venue d'une femme en consultation, en urgence ou non, même en l'absence d'examen clinique doit conduire à renseigner une feuille de consultation mentionnant : le nom ou les noms et la qualité des consultants (grade si interne ou élève SF) lisibles, la date, l'heure si consultation en urgence, le motif de la consultation, les résultats d'examens si besoin, la ou les conclusion(s) de la consultation.

En cas d'appel téléphonique pour avis, tracer le contenu de cet appel, date et heure dans le dossier.

4-3. Hospitalisation

Les hospitalisations sont numérotées (2ème hospitalisation, etc.), une date d'entrée et de sortie, les modalités d'entrée (mutation, transfert, domicile…).

Toute admission fait l'objet immédiatement d'une fiche d'observation médicale.
Le motif d'admission doit être explicité.
Tout recueil d'information doit comporter une date et une heure, notamment lorsqu'un évènement survient en dehors de la visite quotidienne.

Les noms et fonction de chaque auteur intervenant dans le dossier doivent être clairement lisibles.

Les observations médicales des internes doivent être validées par un médecin sénior (PH ou CCA) ; celles des ESF par une SF dont les identités sont tracées.

L'évaluation de l'évolution de l'état de santé de la patiente doit être régulière et tracée (le plus souvent quotidienne en obstétrique) même si tout est stable. Toute intervention d'un médecin ou d'une sage-femme, en plus des visites, doit être tracée dans le dossier médical, à la suite de l'observation d'entrée.

Les prescriptions d'examens et de traitements doivent être rédigées, horodatées et comporter le nom lisible des prescripteurs (grade associé si étudiant). L'exécution des prescriptions des médecins doit être tracée par les SF dans le dossier. Pour la rédaction des

prescriptions au sein de l'établissement, respecter le protocole ou procédure sur le sujet interne à l'établissement.

Chaque hospitalisation doit comporter une conclusion, un mode de sortie, et faire l'objet d'un compte-rendu.

En cours d'hospitalisation le chariot de dossiers doit être conservé dans un local non accessible au public.

4-4. Courriers

En cas d'hospitalisation longue, il est recommandé d'informer régulièrement par écrit les médecins correspondants de l'état de la patiente (compte-rendu de staffs hebdomadaire par ex., etc.).

Dès la sortie, chaque dossier doit comporter une synthèse ou un compte-rendu d'hospitalisation qui doit être adressé aux médecins correspondants. Ce courrier de sortie comporte, entre autres, le traitement de sortie de la femme. Il doit être remis à la femme le jour de sa sortie et envoyé aux correspondants externes.

Tous les courriers ou compte-rendu d'hospitalisation doivent être validés par un senior. La structuration de ce courrier est définie par la HAS.

Il faut conserver un double de l'ordonnance de sortie dans le dossier (sous forme papier ou informatisé).

4-5. Tenue du partogramme

Rappel de quelques consignes (pour plus de détail cf. ANAES) :

La perception de la douleur est à relever (échelle EVA)

Pas de trace de camouflage par « étiquettes blanches ou blanc » (les phrases rayées doivent être visibles)

Tous les actes réalisés doivent être consignés (sondage urinaire, etc.)

Les traitements prescrits doivent être notés en clair sans abréviation, ainsi que les heures d'examen.

Le partogramme papier, si utilisé, comporte l'identité de la maman et pour chaque acte, le nom de l'intervenant est tracé. Il doit être fixé sur un support avant archivage.

Les évènements majeurs y sont consignés : heure d'appel et d'arrivée des médecins, heure d'une décision de césarienne et de la mutation au bloc opératoire.

État du périnée : dans le dossier noter l'indication de l'épisiotomie si besoin et les modalités exactes de la réfection des lésions périnéales (type point et fil). Tracer le nom des personnes ayant réalisé l'épisiotomie et/ou la réfection périnéale.

Noter, systématiquement, avec précision le volume des pertes sanguines et le pH artériel et/ou veineux au cordon ombilical.

5- Références

1) World Health Organisation. The partograph : the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of WHO multicentre study, 1990-1991. Genvea: WHO; 1994.
2) Soutoul JH, Pierre F. Le déroulement de l'accouchement. La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique. Paris : Maloine ; 1991 : 447-8.
3) Décret N° 92-329 du 30 mars 1992 relatif au dossier médical.
4) ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la qualité de la tenue du partogramme. Paris : ANAES ; 2000.
5) ANDEM. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Evaluation de la tenue du dossier du malade. Paris : ANDEM ; 1994.
6) Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 sur l'hébergement des données de santé.
7) Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.
8) HAS. Fiche descriptive de l'indicateur : Tenue du dossier patient (TDP). 2008.
9) ANAES. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Dossier du patient : réglementation et recommandation, ANAES, juin 2003.
10) HAS. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO. Juillet 2016
11) HAS. Document de sortie d'hospitalisation >24 heures. Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. Fiche d'utilisation 2014.
12) Instruction n° DGOS/MSIOS/2013/281 du 7 juin 2013 relative à l'utilisation du nom de famille (ou nom de naissance) pour l'identification des patients dans les systèmes d'information des structures de soins.
13) article L.1111-2 du code de la santé publique (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 175 et 7)

6 - Document joint

Lexique et règles de codage disponible sur le site web de l'Audipog.

7- Informations pour la gestion documentaire

Diffusion	Responsables	Signatures
Validation le ?	**Nom du ou des responsables de la maternité ou du pôle + :- responsable qualité selon les établissements.**	

Mots clés : dossier, obstétrique, qualité, guide, informatique, données médicales.
Date de révision : V2 - septembre 2017