



CONFIDENTIEL

Le

Archives médicales

Objet : Demande d'extraits de dossiers cliniques

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre de l'inspection professionnelle effectuée conformément aux articles 112 et 192 du *Code des professions* (RLRQ, chapitre C-26), nous vous demandons, en notre qualité d'inspecteur, une copie des documents spécifiés et relatifs au dossier clinique des clients mentionnés dans le document ci-joint. **Il vous est demandé de joindre le formulaire « Directives aux archivistes » aux extraits de dossiers qui seront acheminés.**

Veuillez nous faire parvenir les documents par un des moyens suivants :

- Par voie électronique à dsip@oiiq.org **sécurisé par un mot de passe**
- Par télécopieur au numéro suivant : **514-935-8457**
- Par la poste (sur une clé USB ou en format papier) à l'adresse figurant au bas de cette lettre
 - o en **évitant de brocher** les extraits de dossiers
 - o en précisant le **destinataire DSIP** sur l'enveloppe

Pour tout renseignement, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone suivant : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048, poste 444 du lundi au vendredi entre 8 h 30 et 16 h 30.

Nous vous remercions de votre collaboration et vous prions d'accepter, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Sylvie Charlebois, inf., M. Sc. inf.,
Directrice
Direction, Surveillance et inspection professionnelle

p. j. Extraits des dossiers cliniques — Directives aux archivistes

DIRECTIVES AUX ARCHIVISTES

Nom de l'infirmière : _____ Permis : _____

No de tél. (à usage exclusif des archivistes en cas de besoin) : _____

Nom de l'inspecteur : _____

Indiquez dans le tableau suivant tous les documents pertinents du dossier clinique à copier pour la première situation clinique choisie pour les fins de l'inspection professionnelle.

DOSSIER CLINIQUE 1

Nom du client : _____

Numéro de dossier : _____

Dates épisode de soins : le _____ OU du _____ au _____

Liste des types de documents à faire parvenir :	Précisions, au besoin (nom ou numéro de formulaire dans votre établissement) :
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Notes d'évolution/observation infirmière<input type="checkbox"/> Plan thérapeutique infirmier (PTI)<input type="checkbox"/> Formulaire des signes vitaux<input type="checkbox"/> Formulaire des ingesta/excreta<input type="checkbox"/> Formulaire des signes neurologiques<input type="checkbox"/> Formulaire des signes neurovasculaires<input type="checkbox"/> Formulaire des glycémies capillaires<input type="checkbox"/> Formulaire de l'évaluation et du suivi des plaies<input type="checkbox"/> Formulaires relatifs à la mise en place de mesures de contrôle (veuillez préciser)<input type="checkbox"/> Formulaires des échelles de risque (veuillez préciser)<input type="checkbox"/> Formulaires d'évaluations standardisées (veuillez préciser)<input type="checkbox"/> Formulaire d'administration des médicaments<input type="checkbox"/> Outil de collecte de données<input type="checkbox"/> Ordonnances<input type="checkbox"/> Relevé de vaccination du Registre de vaccination du Québec-SI-PMI<input type="checkbox"/> Résultats d'examens de laboratoire et d'examens diagnostiques (veuillez préciser)<input type="checkbox"/> Formulaires de consultation professionnelle (veuillez préciser)<input type="checkbox"/> Notes d'évolution des professionnels impliqués dans les situations cliniques (veuillez préciser lesquels : médecin, physiothérapeute, inhalothérapeute, etc.)<input type="checkbox"/> Tout autre document jugé pertinent (veuillez préciser)	

DIRECTIVES AUX ARCHIVISTES

Nom de l'infirmière :	Permis :
No de tél. (à usage exclusif des archivistes en cas de besoin) :	
Nom de l'inspecteur :	

Indiquez dans le tableau suivant tous les documents pertinents du dossier clinique à copier pour la **deuxième** situation clinique choisie pour les fins de l'inspection professionnelle.

DOSSIER CLINIQUE 2

Nom du client :
Numéro de dossier :

Dates épisode de soins : le	<u>OU</u> du	au
Liste des types de documents à faire parvenir :	Précisions, au besoin (nom ou numéro de formulaire dans votre établissement) :	
<input type="checkbox"/> Notes d'évolution/observation infirmière		
<input type="checkbox"/> Plan thérapeutique infirmier (PTI)		
<input type="checkbox"/> Formulaire des signes vitaux		
<input type="checkbox"/> Formulaire des ingesta/excreta		
<input type="checkbox"/> Formulaire des signes neurologiques		
<input type="checkbox"/> Formulaire des signes neurovasculaires		
<input type="checkbox"/> Formulaire des glycémies capillaires		
<input type="checkbox"/> Formulaire de l'évaluation et du suivi des plaies		
<input type="checkbox"/> Formulaires relatifs à la mise en place de mesures de contrôle (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/> Formulaires des échelles de risque (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/> Formulaires d'évaluations standardisées (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/> Formulaire d'administration des médicaments		
<input type="checkbox"/> Outil de collecte de données		
<input type="checkbox"/> Ordonnances		
<input type="checkbox"/> Relevé de vaccination du Registre de vaccination du Québec-SI-PMI		
<input type="checkbox"/> Résultats d'examens de laboratoire et d'examens diagnostiques (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/> Formulaires de consultation professionnelle (veuillez préciser)		
<input type="checkbox"/> Notes d'évolution des professionnels impliqués dans les situations cliniques (veuillez préciser lesquels : médecin, physiothérapeute, inhalothérapeute, etc.)		
<input type="checkbox"/> Tout autre document jugé pertinent (veuillez préciser)		