

LE DOSSIER DU PATIENT

DOSSIER PATIENT INFORMATISE

CLASSEMENT ET ARCHIVAGE

OBJECTIFS

- Acquérir ou réactualiser des connaissances en matière de réglementation de circuit et de tenue du dossier patient.
- Connaître l'organisation et la gestion du dossier patient

AU PROGRAMME

- Dossier du patient
- Dossier informatisé du patient, organisation du dossier médical au sein de l'établissement
- Classement et archivage des dossiers médicaux : réglementation



**LE DOSSIER
DU PATIENT**

CONTEXTE

- Secrétaire garante de l'information, Fiche Métier
- DP : élément central de la prise en charge du patient
- Société
- Lois et décrets
- Certification / démarches qualités
- Politique nationale d'évaluation des soins par la HAS

Famille : Gestion de l'information

Sous-famille : Gestion médico-économique et traitement de l'information médicale

Code métier : 40L20 Code Rome : 12131 Code FPT : 04A0

Secrétaire médical

> DEFINITION :

Traiter et coordonner les opérations et les informations médico-administratives du patient

> AUTRES APPELLATIONS COURANTES :

> LES ACTIVITES DU METIER :

- Accueil et prise en charge des personnes (agents, patients, usagers, etc.), dans son domaine
- Contrôle de la cohérence des données / informations spécifiques au domaine d'activité
- Contrôle de la confidentialité et de la sécurité des informations
- Élaboration et mise en place de mesures correctives, dans son domaine d'activité
- Formation de personnes aux techniques et procédures de son domaine, et à leur application
- Prise de rendez-vous / gestion des agendas
- Gestion et traitement des données / informations (recherche, recueil, analyse, priorisation, diffusion, classement, suivi)
- Planification des activités / interventions internes/externes, spécifiques au domaine d'activité
- Recensement / enregistrement des données / des informations liées à la nature des activités
- Saisie, mise à jour et / ou sauvegarde de données, d'informations, de tableaux, dans son domaine d'activité


> SPECIFICITES DANS LE METIER :

> LES SAVOIR-FAIRE REQUIS DU METIER :

- Accueillir et orienter des personnes, des groupes, des publics
- Analyser et optimiser un / des processus
- Évaluer la pertinence / la véracité des données, et / ou informations
- Identifier / analyser des erreurs de gestion (codage, facturation, etc.), en rechercher les causes, définir les moyens d'y pallier
- Identifier, analyser, prioriser et synthétiser les informations relevant de son domaine d'activité professionnel
- Organiser et classer des données, des informations, des documents de diverses natures
- Traiter et résoudre des situations agressives ou conflictuelles
- Transférer un savoir-faire, une pratique professionnelle
- Utiliser les outils bureautique / TIC

DEFINITION

- **Un dossier administratif**
 - Outils propres aux établissements
- **Un dossier médical**
 - Outil DPI
 - DP « papier »
- **Un dossier de soins**
 - DP « papier »



« Mémoire écrite des informations cliniques, biologiques, diagnostiques et thérapeutiques d'un malade, à la fois individuelle et collective, constamment mise à jour »

LE ROLE DU DP

- Obligation légale pour tout patient admis dans un établissement public ou privé
- Outil de travail pour tous les professionnels de santé en charge du patient,
- Outil de partage de l'information et de coordination/continuité des soins entre/avec : le(s) médecin(s), les équipes soignantes, le patient lui même et son médecin traitant et/ou son spécialiste.
- Outil juridique, il joue un rôle central dans toute procédure judiciaire ou juridique.
- Outil d'enseignement et de recherche,
- Outil d'évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier, de la charge en soins
- Outil d'analyse médico économique de l'activité (codage PMSI, actes CCAM..)

LES RESPONSABILITES

- **Équipe de soins infirmiers → gestion du dossier de soins.**
- **Équipe médicale → gestion du dossier médical, classement et rangement, tri des documents, production des documents de sortie.**
- **Secrétaires médicales → réception et classement des documents produits pendant et après la sortie du patient, vérification et rangement du DP et informations sur la poche du dossier.**
- **Archives Centrales : Identification du dossier – classement – vie de l'archive du classement à l'élimination.**

QUALITES NECESSAIRES POUR LA BONNE TENUE DU DP :

- Rigueur
- Organisation
- Qualité
- Traçabilité
- Objectivité des écrits
- Bonne logistique
- Archivage sécurisé
- Confidentialité

**POLITIQUE DE VOTRE
ETABLISSEMENT
AUTOUR DU DOSSIER
PATIENT**

Existe-t-il une commission qui a pour missions :

- S'assurer de la mise en place des outils logiciels adaptés et de la cohérence du système d'information,
- Organiser la gestion du dossier patient (DP) de l'unité de soin jusqu'à l'archivage,
- Évaluer les procédures et la qualité du DP,
- Mettre en œuvre des plans d'action pour l'amélioration de la qualité du DP.

Certains établissements de Santé possèdent des commissions et groupes de travail qui :

- Proposent une politique du dossier du patient validée par les instances de l'établissement,
- Mettent en œuvre de cette politique au sein de l'établissement (mise à disposition d'outils adaptés, gestion et traitement des problèmes rencontrés),
- Évaluent régulièrement de la démarche qualité,
- Informent et communiquent sur tous les aspects du dossier du patient.
- Fixent les objectifs concernant l'organisation, la composition et la tenue du dossier patient.

EVALUATION DU DOSSIER PATIENT

- Evaluations organisées dans l'établissement et réalisées par les équipes médicales,
- Résultats portés à la connaissance des instances (CME, CSIRMT, CDU, CA) + responsables des pôles,
- Enquête annuelle selon la méthodologie des Indicateurs de Performance de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) sous l'égide de la HAS – en lien avec le DIM.
- Ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration,

Indicateurs IPAQSS

Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Relevés chaque année jusqu'en 2012. Depuis 2012, relevé biennal.

Exemples :

Présence d'un document médical relatif à l'admission

Examen médical d'entrée renseigné

Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies durant l'hospitalisation

Présence d'un (ou des) comptes rendus opératoires

Présence d'un CR d'accouchement

Dossier anesthésique renseigné

Dossier transfusionnel renseigné

Rédaction d'un traitement de sortie

Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval

Dossier organisé et classé

INDICATEUR POUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS [IPAQSS]

Mots clés	Intitulé	Description	Secteur	Résultat	
Qualité du dossier patient	Tenue du dossier patient	Cet indicateur évalue la qualité du dossier du patient hospitalisé	MCO	69/100	C
			SSR	85/100	A
			PSY	NC	NC
			HAD	62/100	C
Courrier de fin d'hospitalisation	Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	Cet indicateur évalue la qualité du courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi	MCO	56/100	C
			SSR	98/100	A
			PSY	NC	NC
			HAD	4/100	C
Evaluation de la douleur	Traçabilité de l'évaluation de la douleur	Cet indicateur mesure la traçabilité de l'évaluation de la douleur dans le dossier	MCO	58/100	C
			SSR	65/100	C
			HAD	53/100	C
Suivi du poids	Dépistage des troubles nutritionnels	Cet indicateur évalue le dépistage des troubles nutritionnels chez le patient adulte	MCO	50/100	C
			SSR	88/100	B
			PSY	NC	NC
			HAD	25/100	C
Qualité du dossier anesthésique	Tenue du dossier anesthésique	Cet indicateur évalue la qualité du dossier anesthésique	MCO	88/100	A
Evaluation du risque d'escarre	Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	Cet indicateur mesure la traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre dans le dossier du patient adulte	HAD	22/100	C
Décision médicale en équipe en cas de cancer	Réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie	Cet indicateur évalue si une proposition de traitement a été émise par au moins trois médecins de spécialités différentes lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer	MCO	86/100	B



NR : Non répondant - NC : Non concerné (pas d'activité) / Non concerné (non comparable)

CONTENU DU DOSSIER PATIENT ET MODALITES DE TENUE

Règles Générales

- *L'organisation du DP doit être claire, logique, ordonnée de façon chronologique*
- *Tous les documents produits doivent être identifiés :*
 - au nom de la personne soignée (**nom, prénom, date de naissance ou étiquette** du patient apposée sur les documents)
 - au nom de l'équipe médicale (**tampon ou étiquette de service** pour le dossier papier).
- *Tous les documents manuscrits doivent être lisibles et indélébiles:*

L'**auteur des écrits** doit s'identifier, noter sa qualification et indiquer la date et l'heure de ses actions (intervention, observation, consultation, prescription...).

NB. : Pour les documents produits à partir du DPI, ces informations doivent être automatiquement reportées sur les formulaires et comptes rendus.

PROCEDURE DE	Page n°5 sur 12
TENUE ET CIRCUIT DU DOSSIER PATIENT AU CHU	Version : 4 Date d'application : Janvier 2012

II-1 Dossier médical

L'organisation du dossier médical doit être claire, logique et ordonnée de façon chronologique.

Le cahier d'observation

Il constitue le support du dossier médical papier et il comprend :

- une jaquette beige (*code 36233*) et 3 chemises cartonnées
- rose pour l'observation médicale et tous les documents relatifs à la réflexion diagnostique, l'évolution clinique et l'information bénéfice risque (*code 36130*),
- verte pour les comptes-rendus d'examen (*code 36129*)
- bleue pour la correspondance (*code 36128*).

Les documents du dossier médical sont automatiquement rangés par type et ordonnés dans le DPI. Celui-ci doit donc être privilégié pour tous les documents médicaux (observations médicales, documents et réflexions de synthèse, comptes rendus de réunion multidisciplinaires, comptes rendus opératoires, d'accouchement de consultation ou hospitalisation...).

Des formulaires communs, validés par un groupe de travail institutionnel, ont été fournis aux équipes médicales qui ont, par ailleurs, la possibilité d'élaborer des formulaires de spécialité plus adaptés à leurs spécificités.

L'observation médicale

Elle doit être adaptée au contexte de venue du patient et son contenu doit être validé par un médecin senior.

Les éléments concernant le suivi et l'analyse des orientations et hypothèses diagnostiques, doivent figurer dans l'observation (au minimum une fois par semaine) lors de séjours prolongés.

Les observations médicales, rédigées dans le DPI, ne doivent pas figurer obligatoirement en copie dans le dossier papier.

Les informations non communicables

Les notes personnelles, les informations recueillies auprès de tiers, n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers, doivent être identifiées de façon spécifique, classées de façon reconnaissable dans le DPI et/ou dans une chemise à part dans le dossier papier, bien identifiée ou codifiée (*code 401226*)

Les documents de médecine concertée

Les comptes rendus de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) pourront être produits sur des formulaires du DPI : dans ce cas, ils ne seront pas archivés obligatoirement dans le dossier médical papier.

La réflexion bénéfice risque

- Sa traçabilité est obligatoire dans le Dossier Patient.

Les exigences réglementaires sur la traçabilité de l'information bénéfice risque sont résumées dans la plaquette mise à disposition par le CHU (*code 403339*) <http://intranet/spip.php?rubrique2234>

- Sa traçabilité doit être retrouvée soit :
 - dans l'observation médicale (formulaire du DPI ou observation médicale papier)
 - sur la fiche spécifiquement dédiée (*code 401862*)
 - dans le compte rendu de consultation ou d'hospitalisation, complété par des «phrases types» adaptées aux situations d'informations les plus courantes pour une discipline médicale, ou le cas échéant, par la mention, « documents d'information remis au patient ».

Composition du dossier patient

Article R.1112-2 du CSP

Un dossier patient est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés:

- Informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier....
- Informations formalisées établies pendant et à la fin du séjour (observation médicale, prescriptions, résultats d'examens, compte rendu opératoire, d'hospitalisation,..)
- Informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

NB : Les documents « formalisés » au sens de la loi du 4 Mars 2002 sont les documents qui sont communicables lors des demandes de communication du dossier par le patient. Ils doivent obéir à un certain formalisme de rédaction et ne pas contenir de réflexions personnelles des personnels soignants ou de jugements de valeur susceptibles d'être mal interprétés par le patient.

Le dossier médical

- Support papier

Comment s'organise-t-il dans votre établissement ?

Composition du dossier médical

- Observation médicale
- Informations non communicables
- Documents de médecine concertée (RCP)
- Réflexion bénéfices-risques
- Personne de confiance
- Résultats d'examens
- Clichés d'imagerie
- Documents de sortie (fiche de liaison médicale et infirmière / CR hospitalisation / ordonnance de sortie)
- Dossiers d'anesthésie / transfusionnels

Le dossier de soins

DEFINITION :

Document individualisé qui regroupe toutes les informations relatives aux soins infirmiers et aux soins dispensés par les autres professionnels de santé concernant une personne soignée ou une famille utiles à l'ensemble des soignants et nécessaires à la mise en œuvre et à la continuité des soins.

Composition du dossier de soins

- Fiche d'**inventaire** à l'entrée du patient (si besoin)
- **Identification administrative**, civile et sociale,
- Identification de la **personne de confiance**
- Identification de l'**opposition du mineur au consentement éclairé** titulaire de l'autorité parentale si besoin
- **Recueil de données** (fiche de situation de soins et de vie)
- **Prescriptions médicales** de traitements médicamenteux et non médicamenteux,
- Transmissions ciblées
- **Diagramme des actes de soins** renouvelés
- Diagramme de **suivi ou de surveillance**
- **Liaison infirmière**
- **Liaison pré/per/post opératoire**
- **Interventions des professionnels des filières médico techniques** et de rééducation (masseurs kinésithérapeutes, diététiciennes, ergothérapeutes, pédicures podologues, orthophonistes, psychomotriciens...) et autres professionnels (assistantes sociales psychologues, éducateurs)
- **D'autres fiches** peuvent être intégrées dans le dossier de soins selon la spécificité de l'unité comme les plans de soins guide, les fiches de surveillance spécifiques : réanimation, suivi de plaie, douleur, surveillance diabétique ...
- **Les protocoles** doivent figurer dans le dossier de soins conformément aux articles L.1111-7 et .R4311- 8 du Code de la Santé Publique

CHECK LIST

Un contrôle de l'organisation et de la tenue du DP doit être fait avant archivage du dossier papier. Conseil : utilisation d'une check list de clôture du dossier :

(La loi précise que seul le praticien qui a eu en charge le patient est légitime pour opérer un tri dans son ou ses dossiers).

ETIQUETTE PATIENT	 Hôpitaux de Toulouse	ETIQUETTE SERVICE
----------------------	---	----------------------

CHECK-LIST DE CLOTURE DU DOSSIER PATIENT

Ce document est à remplir par le médecin et à insérer dans le dossier patient

Dates de séjour :

DOCUMENTS DOSSIER MEDICAL

	OUI	NON	NON APPLICABLE
Document d'admission (lettre consultation, de transfert, médecin traitant, fiche des urgences,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observation médicale (Date/heure, Nom et qualité du rédacteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Résultats biologiques principaux (édités à partir du SRI® ou intégrés dans Compte rendu hospitalisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte Rendu Imagerie si applicable (à éditer à partir de Mi View®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte Rendu autres examens (liste à définir par équipe médicale) selon les cas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte Rendu Opératoire (ou Accouchement : partogramme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compte Rendu Endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier Anesthésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier transfusionnel (pochette rouge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information bénéfice-risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement écrit réglementaire (situations légales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche de liaison médicale (selon organisation de service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compte Rendu Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prescriptions de sortie (CRH ou Dble de l'ordonnance de sortie) si applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : précisez.....			
Autres : précisez.....			

DOCUMENTS DOSSIER DE SOINS

Voir au dos de la pochette verte

ORGANISATION

Dossier rangé et classé (selon règlement de service et charte de tenue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dossier créé ou réactualisé dans MO Archives (avec un code de spécialité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Observations :

Noms et Signatures :

Règles de confidentialité dossier papier

- **Rangement des dossiers dans des pièces ou armoires fermant à clé (visites médicales , chariots de soins dans les couloirs, dossiers avant archivage...)**
- **Ne pas laisser de documents nominatifs dans les salles de réunion, bureaux, salles d'internes**
- **Rangement des dossiers ne permettant pas de voir le nom (dossier de soins, pochette dossier médical..)**
- **Destruction (déchirer en plusieurs morceaux) des documents nominatifs ou utilisation de broyeur de documents**

**DOSSIER INFORMATISE DU
PATIENT, ORGANISATION DU
DOSSIER MEDICAL AU SEIN
DE L'ETABLISSEMENT**

LE DPI (dossier patient informatisé)

L'intégration du dossier patient dans le Système d'Information doit être privilégiée pour tous les documents médicaux.

Pour assurer confidentialité :

- **Connexion nominative avec identifiant et mot de passe**
- **Habilitations selon les profils utilisateurs**
- **Activation des écrans de veille, déconnexion automatique**
- **Traçabilité des accès en création, modification, suppression, lecture**

Et chez vous ?

Papier ou DPI ???

- **Documents médicaux**
 - Observations cliniques/Données permanentes
 - Formulaires de spécialités
 - Résultats d'examens complémentaires
 - Documents de sortie
- **Dossier « imagerie »**
- **Documents d'explorations fonctionnelles**
- **Dossier d'anesthésie**
- **Dossier transfusionnel**
- **Compte rendu opératoire et /ou d'accouchement**
- **Compte rendu hospitalisations/consultations**

CONSERVATION DES DOCUMENTS

- **Dossier papier**: conservation de tous les documents « formalisés », classés par type et par ordre chronologique (dans des chemises ± sous chemises de couleur avec un intitulé clair),
- **DPI**: tous les formulaires sont conservés (ordre chronologique, par spécialité,..)

Discussion Atouts / Limites de la dématérialisation

- Qu'en pensez-vous ?

- Atouts :

- Consommation papier diminuée – économique, écologique
- Charge de travail gestion dossiers diminuée
- Coût archives / transport dossiers diminué
- Risque de perte diminué
- Traçabilité augmentée
- Accès rapide favorisé
- Accès au dossier de tous les sites du CHU instantanément

- Limites :

- Sécurité de l'information (accès plus généralisé)
- Humaines (tradition, compétences informatiques)
- Matériel (coût à l'installation – PC dans tous les postes)
- Tout est-il transférable sur informatique (ex. : dossier de soins - feuilles de suivi en chambre ?)

**CLASSEMENT ET
ARCHIVAGE DES
DOSSIERS MEDICAUX :**

**ORGANISATION ET
REGLEMENTATION**

REGLEMENTATION

Décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel et modifiant le Code la Santé Publique (dispositions réglementaires), extraits :

- **Les informations concernant la santé des patients sont :**
 - **soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées**
 - **soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé en application des dispositions prévues.**

Quelle Organisation pour votre établissement ?

- **Centralisation des archives en un lieu ?**
- **Responsabilité du circuit d'archivage unique : DIM**
- **Mise en place d'un système d'information ?**
- **Informatisation des mouvements des dossiers**
- **Principes de gestion de l'archivage :**
 - **numération par identifiant patient et/ou spécialité**
 - **dossier de spécialité ?**
 - **gestion par code barre ?**
 - **création du dossier dès l'admission du patient**
 - **traçabilité de la localisation du dossier**

Certains établissements font appel à des prestataires pour la gestion des dossiers.

Le Prestataire gère :

entrées : créations retours

-sorties : prêts – sécurisation des colis

-destruction physique des dossiers

-gestion des espaces de stockage

-conformité au cahier des charges

Les services logistiques de l'établissement gèrent :

- Le Transport et la distribution

RESPONSABILITES DANS L'ARCHIVAGE

Les services soignants – administratifs :

- Créent le DP physique et informatique
- Tri, approvisionnement et mise à jour du DP physique
- Traçabilité informatique
- Mettent à jour les mouvements du DP

Rôle des archivistes :

- **Mouvements-créations :**
 - Créations et mouvements - distribution - Gestion des litiges-contrôle qualité.
 - Gestion des Archives
 - Eliminations – recompactage - relocalisations
 - Archives Administratives et médico-techniques
- **Statistiques-administration logiciel – conformité**
- **Lien avec les services : cadres de santé, secrétariats médicaux...**
- **Contractualisation - Certification – assurance qualité**

OUTIL INFORMATIQUE ASSOCIE



TRACABILITE

- Chaque pochette est identifiée par un N° de type :
Identifiant/SPECIALITE/N° RANG
- Le dossier est tracé dès sa création
- Le dossier est tracé dans les transferts
- L'historique du dossier est connu tout au long du parcours du dossier.

CAS PRATIQUE

1^{ère} phase : le patient vient ou va venir

Le patient est présent, mais pas le dossier. Que faites-vous ?

2^{ème} phase : le patient part du service

Le dossier est dans le service mais plus le patient, que faites-vous ?

3^{ème} phase : le DP arrive aux archives

Le DP arrive dans des chariots sécurisés :

- **Le dossier est mal identifié sans numéro:**
- **Le dossier est identifié par le bon numéro :**

DUREE DE CONSERVATION DU DOSSIER MEDICAL

- **Durée de conservation :**
 - + de 8 ans : 20 ans à compter de la fin du dernier séjour ou de la dernière consultation.
 - - de 8 ans : jusqu'aux 28 ans du patient.
- 10 ans à compter de la date de décès
- Dossiers de transfusion sanguine : 30 ans

DESTRUCTION DU DOSSIER MEDICAL

- Destruction possible à l'issue du délai de conservation : visa de l'administration des archives départementales nécessaire.
- La décision d'élimination est prise par le Directeur de l'établissement après avis du médecin Responsable de l'Information Médicale.
- Si destruction à tort ou perte du dossier: responsabilité de l'établissement engagée.

LE DMP :
DOSSIER MEDICAL
PERSONNEL (appellation
avant 2015) ou PARTAGE
(après 2015 suite à la loi santé)

www.dmp.gouv.fr

Présentation

- Création : **loi du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie
- Mis en place progressivement **depuis janvier 2011 en France**
- **Objectif** : améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins.
- Définition : dossier **informatisé**, conservé auprès d'un **hébergeur de données de santé agréé** par le Ministère de la Santé après avis de la CNIL. Il permet le **regroupement et le partage entre professionnels de Santé** des informations jugées utiles à la coordination des soins.

- **OUVERTURE D'UN DMP :**

- Le patient peut demander à tout professionnel de santé de lui ouvrir un DMP et de l'alimenter
- Consentement du patient obligatoire pour l'ouverture
- Bénéficiaire : tout patient âgé de + de 16 ans, et depuis 2015 les mineurs.

- **ALIMENTATION DU DMP :**

- Alimenté par tous les documents jugés utiles par professionnels de santé habilités par le patient
- Le patient peut ajouter lui-même des informations via site internet
- Logiciels des professionnels de Santé à mettre à jour par les éditeurs pour être en mesure d'alimenter le DMP afin d'éviter la double saisie
- Si pas de logiciel adapté : accès par un site internet

- **CONSULTATION DU DMP :**

- En cas d'urgence, et sauf opposition préalable du patient : le professionnel de santé peut accéder au DMP
- Décès du patient : les ayants droit peuvent demander accès au DMP dans le respect de la même réglementation que l'accès au dossier médical.

- **CLOTURE DU DMP**

- Peut se clôturer à la demande du patient – réactivable pendant 10 ans
- Décès : conservation du dossier pendant 10 ans.
- Suppression définitive possible sans délai

Références

- Internet :
 - www.sante.gouv.fr
 - www.dmp.gouv.fr
- Les doctes Notes de la secrétaire Médicale
(Editions Le Marqueur de Paroles)