

		COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES & OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS
Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie		
Date de diffusion : 19.06.2010	Rédigée par : Pr Darai E, Dr Vendittelli F	
Version : 2	Vérifiée par : Dr J Amblard, Dr A Benbassa, Pr M Canis, Dr C Crenn-Hébert, Dr B Faton, Dr G Hatem-Gantzer, Dr P Hoffman, Pr Horovitz J, Pr B Jacquetin, Pr Lévy G, Pr Lansac J, Pr Magnin G, Dr B Maria, Dr Ayel JP, Pr Philippe H, Dr MA Rozan, Dr Sanselme-Cardenas ME, Dr D Savary, Pr Schaal JP, Dr JL Voluménie, Pr L Marpeau.	
Total pages : 5	Validé par : le CA du CNGOF le 18.06.2010	

Préambule :

Ce travail a été réalisé à la demande de membres du Conseil d'Administration du CNGOF.

L'objectif était d'avoir un contenu minimal non exhaustif à attendre dans un dossier de consultation de gynécologie. Le groupe de travail avait pour but d'élaborer une trame qui serait ensuite soumise plus largement aux membres de notre profession notamment à ceux du CNGOF, pour critiques et modifications.

Il ne s'agissait pas d'élaborer un contenu de dossier papier ni d'élaborer des spécifications aux éditeurs de dossiers informatisés. Cette Directive qualité s'adresse aux professionnels réalisant des consultations de gynécologie programmées quel que soit leur type de dossier (feuille blanche, dossier papier structuré ou dossier informatisé). Cette démarche participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers au sein de notre discipline et répond aux exigences nationales réglementaires.

A) TRONC COMMUN = Renseignements de la patiente (à remplir pour toute ouverture de dossier d'une consultation de gynécologie)

- Identification de la femme
 - nom marital, nom de jeune fille, prénom, date de naissance, coordonnées personnelles dont téléphone
 - profession

- Nom des médecins correspondants de la patiente : généraliste (médecin référent) et autres spécialistes éventuels.

- Antécédents
 - Antécédents personnels : médicaux, gynécologiques (âge aux premières règles, date dernières règles, type de cycle, durée du cycle, dysménorrhée, dyspareunie, autres troubles, antécédents de contraception, date ménopause éventuelle, autres antécédents), chirurgicaux, obstétricaux (parité, gestité, modalités accouchement, etc.)

- Allergies et intolérances médicamenteuses éventuelles.
- Modalités de contraception antérieures (et actuelles)
- Antécédents familiaux
- Conduites addictives (tabagisme, etc.)
- Taille et poids (IMC)

B) ÉLÉMENTS DE BASE DU DOSSIER VARIANT SELON LE TYPE DE CONSULTATION

1) Consultation gynécologique standard

- date, nom du consultant (en toutes lettres)
- motif de la consultation
- signes fonctionnels (troubles menstruels, hémorragies génitales, pertes vaginales, douleurs pelviennes, difficultés sexuelles, symptômes mammaires, troubles mictionnels, troubles digestifs, autres troubles).
- Contraception éventuelle et traitements en cours
- date des dernières règles si non ménopausée
- examen clinique
- examens paracliniques réalisés lors de la consultation
- informations éventuelles remises et en cas d'intervention chirurgicale proposée tracer la réflexion bénéfices risques
- conclusion de la consultation (diagnostic évoqué éventuel et conduite à tenir)
- prescriptions remises (examens paracliniques, traitements, etc.)
- arrêt de travail éventuel

2) Consultation pour colposcopie

- date, nom du consultant
- motif de la consultation
- traitements en cours, en particulier hormonal (contraception ou autre).
- données antérieures : date, résultats des Frottis cervico utérins.
- date des dernières règles ou âge ménopause
- compte-rendu de l'examen colposcopique avec visualisation ou non de la ligne de jonction, lésions éventuelles visibles à décrire avec leur localisation selon le cadran d'une horloge, biopsies éventuelles avec leur localisation (dessin ou photographies)
- informations éventuelles remises y compris en cas d'intervention chirurgicale proposée tracer la réflexion bénéfices risques
- conclusion de la consultation
- ordonnances remises et/ou examens paracliniques prescrits

3) Consultation uro-gynécologique

- date, nom du consultant
- motif de la consultation
- traitements en cours
- date des dernières règles ou âge ménopause
- mode de vie (sports, travail, boissons)
- antécédents de rééducation périnéale
- signes fonctionnels et date de début des symptômes (spécifier le type d'échelles ou de questionnaire utilisé éventuellement, ou au minimum : incontinence urinaire d'effort ? miction impérieuse ? troubles mictionnels ? troubles digestifs ? douleurs pelviennes ? difficultés sexuelles ?). Description des symptômes invalidants et de leurs circonstances de survenue.

- examen clinique (poids, taille, BMI, cotation du prolapsus en spécifiant la cotation utilisé ou au minimum [C1 à C3, H1 à H3 et R1 à R3 et élytroccèle oui non] : prolapsus intravaginal ou à la vulve ou extériorisé ?), incontinence urinaire d'effort, contraction des releveurs : 1 à 5)
- informations éventuelles remises y compris en cas d'intervention chirurgicale proposée tracer la réflexion bénéfices risques
- conclusion et orientation sur le choix des traitements (bilans complémentaires, traitement médical ou chirurgical)

4) Consultation pour stérilité

- date, nom du consultant
- motif de la consultation
- traitements en cours
- date des dernières règles et caractère des cycles (régulier, etc.)
- interrogatoire : durée de l'infertilité, antécédents de l'homme (dont addictions) et du couple, sexualité (nombre de rapports par mois, etc.), examens paracliniques déjà réalisés.
- Information sur le partenaire : traitement, âge, enfants d'un autre partenaire, profession, antécédents médicaux chirurgicaux, addiction)
- examen clinique (poids, taille, BMI, etc.)
- informations éventuelles remises et en cas d'intervention chirurgicale proposée, tracer de la réflexion bénéfices risques.
- conclusion consultation.
- prescriptions remises (traitements, examens paracliniques : courbe thermique, dosages hormonaux, échographie, hystéroggraphie, hystéroscopie, exploration spermatique +/- dosages hormonaux, etc.)

5) Consultation d'orthogénie

- date, nom du consultant
- si mineure noter l'accompagnant (mère, ami, etc.), si c'est le partenaire noter l'âge.
- traitements en cours dont contraception (motif échec éventuel).
- groupe sanguin ;
- date des dernières règles (+ début de grossesse)
- relever les facteurs de risque de MST
- résultats de l'examen clinique (examen au spéculum, toucher vaginal)
- examens paracliniques réalisés lors de la consultation
- trace des informations remises à la femme sur les types d'IVG et leurs risques, sur la contraception ultérieure, et trace de la signature du certificat initial de consultation. Remise du dossier guide ; proposition d'un entretien psycho-social (obligatoire pour les mineures).
- conclusion de la consultation : orientation éventuelle ou IVG en ambulatoire
- ordonnances remises et/ou examens paracliniques prescrits (groupe sanguin, RAI, contraception, etc.)

6) Consultation post-natale

- nom consultant, date de la consultation
- interrogatoire :
 - état du nouveau-né :
 - type d'allaitement, voir durée allaitement maternel si arrêt
 - existence d'une pathologie particulière

- état maternel :
 - évolution depuis l'accouchement (incontinence urinaire ou aux *gazes*, noter les infections du site opératoire, etc.)
 - signes fonctionnels lors de la consultation (y compris difficultés lors des rapports sexuels)
 - date éventuelle du retour de couches
 - traitement en cours (contraception, ...)
- examen clinique
- informations remises
- conclusion de la consultation (séquelles liées à l'accouchement ?)
- prescription(s) remise(s) (contraception, rééducation du périnée, etc.)
- programmation date : prochaine consultation, prochain FCV
- arrêt de travail éventuel

7) Consultation de suivi de ménopause

- date, nom du consultant
- motif de la consultation et signes fonctionnels
- interrogatoire à compléter sur mode de vie (sports, boissons, alimentation) et antécédents familiaux d'ostéoporose
- date dernier FCV et des mammographies. Date et résultats éventuels d'une ostéodensitométrie.
- traitements en cours (ancienneté d'un éventuel traitement hormonal et type)
- date ménopause
- examen clinique
- examens paracliniques réalisés lors de la consultation
- informations éventuelles remises (fiche information sur les risques des traitements de la ménopause)
- conclusion de la consultation
- prescriptions remises (examens paracliniques, traitements, etc.)
- date prochaine consultation suggérée.

8) Consultation de sénologie

- date, nom du consultant
- motif de la consultation et signes fonctionnels
- traitements et/ou contraception en cours
- date des dernières règles ou âge ménopause
- date éventuelle du dernier FCV, des mammographies et/ou échographies mammaires
- examen clinique (bien détailler les aires ganglionnaires et seins : taille nodule, mobilité, etc. ; schéma utile)
- examens paracliniques réalisés lors de la consultation
- informations éventuelles remises. En cas d'intervention chirurgicale proposée, tracer la réflexion bénéfices risques.
- conclusion de la consultation (intervention chirurgicale, ponction cytologique, etc.)
- prescriptions remises (examens paracliniques, traitements, etc.)
- date prochaine consultation suggérée

C) RÉFÉRENCES

- ANDEM. Evaluation de la tenue du dossier du malade. Edition ANDEM 1994.
- Article 45 du Code de Déontologie Médicale, décret 95-1000 du 6 septembre 1995.
- ANAES. La tenue du dossier médical en médecine générale. Etat des lieux et recommandations. Service médecine libérale, septembre 1996.
- ANAES. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Edition Anaes, Paris, 2003.
- ANAES. Dossier du patient. Amélioration de la qualité et du contenu. Réglementation et recommandations. Edition ANAES, Paris, 2003.
- HAS. Dossier du patient (fascicule 2): réalisation pratique de l'audit clinique, paris 2003.
- HAS. Dossier du patient (fascicule 3): méthodes d'amélioration de la qualité. Edition HAS, Paris, 2003.
- ANAES. La tenue du dossier patient en gynécologie. Edition ANAES 2003.
- HAS. Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Edition HAS, Paris, 2005
- Institut Français de la Démarche Qualité en Santé. Cycles thématiques multirégionaux pour la démarche qualité en médecine ambulatoire. La tenue du dossier patient, 2005 (www.qualidem.fr).
- HAS. Manuel de certification des établissements de santé. Edition HAS, Paris, 2009.

D) INFORMATION POUR LA GESTION DOCUMENTAIRE

Diffusion V2: 19.06.2010 Diffusion V1 : 11 janvier 2010		Signature
Validation V1 le 09/12/2010 Validation V2 18.06.2010	Pr Puech, pour les membres du conseil d'administration	

Groupe de travail (Il s'agit des professionnels ayant répondu, l'ensemble des sollicités n'a volontairement pas été énuméré). Dr J Amblard (Clermont-Ferrand), Dr A Benbassa (Grenoble), Pr M Canis (CHU de Clermont-Ferrand), Dr C Crenn-Hébert (Louis-Mourier), Pr E Daraï (Paris), Dr B Faton (Clermont-Ferrand), Dr G Hatem-Gantzer (Paris), Dr P Hoffman (Grenoble), Pr J Horovitz (Bordeaux), Prof B Jacquetin (Clermont-Ferrand), Prof G Lévy (Paris), J Pr Lansac (Tours), Pr G Magnin (CHU de Poitiers), Dr B Maria (Villeneuve Saint Georges), Dr JP Ayel (Argenteuil), Pr HJ Philippe (CHU de Nantes), Dr MA Rozan (Paris), Dr ME Sanselme-Cardenas (Clermont-Ferrand), Dr D Savary (Clermont-Ferrand), Pr JP Schaal (CHU de Grenoble), Dr F Vendittelli (Clermont-Ferrand), Dr JL Voluménie (Martinique), Pr L Marpeau (Chu de Rouen).