



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

**« Parcours du patient en chirurgie
ambulatoire »**

Consignes de remplissage 2019 de la grille de structure & de la grille de recueil des indicateurs de processus

Secteur Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)

contact.iqss@has-sante.fr

**Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DAQSS)
Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins (EvOQSS)**

À noter : la grille de recueil et les consignes des indicateurs de processus ont beaucoup évolué par rapport à 2018. Étant trop nombreux, les changements, ne sont pas signalés dans ce document.

Pour information : Les consignes sont entièrement disponibles dans les informations bulles de la grille structure et de la grille de recueil des indicateurs de processus dans la plateforme QualHAS. Elles apparaissent et disparaissent en cliquant sur le « ? ».

Questionnaire structure de l'établissement À remplir une fois par structure et par campagne Données informatives sur l'organisation de l'établissement, n'entrant pas dans l'évaluation des indicateurs		
CA_struct_1	L'ES dispose d'une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA)	<p>Cocher 1. Oui, si l'établissement dispose d'une unité de chirurgie ambulatoire.</p> <p>Cocher 0. Non, si l'établissement ne dispose pas d'une unité de chirurgie ambulatoire.</p>
CA_struct_2	- <u>Si oui</u> , quel est le type d'organisation de l'UCA	<p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p> <p>Cocher le ou les mode(s) d'organisation de l'UCA en vous référant aux définitions ci-dessous :</p> <p>1. Intégrée : Les structures intégrées disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés à l'ambulatoire tout en étant localisés dans une unité d'hospitalisation classique. Le bloc opératoire est commun aux activités traditionnelles et ambulatoires.</p> <p>2. Autonome : Les structures autonomes disposent de locaux d'accueil et de séjour dédiés avec un bloc opératoire dédié à l'ambulatoire situé dans le bloc traditionnel.</p> <p>3. Satellite : Les structures satellites possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire. Le bloc opératoire est dédié à l'ambulatoire et est situé en dehors du bloc traditionnel, tout en restant dans le périmètre de l'établissement de santé avec hébergement.</p> <p>4. Indépendante : Les structures indépendantes (free standing centers) possèdent en propre l'ensemble des moyens matériels et humains exigés pour la pratique ambulatoire, et sont totalement détachées d'un établissement de soins classique. Les structures indépendantes sont donc hors du périmètre d'un établissement de santé avec hébergement.</p> <p>5. Unité dédiée et bloc commun</p> <p>6. Autre, si votre structure ne correspond à aucune de ces situations.</p>
CA_struct_9	Un passeport ambulatoire pour les patients pris en charge en CA	<p>Cocher 1. Oui, si le passeport ambulatoire est délivré au patient ET s'il mentionne notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une information sur la nécessité d'un accompagnant pour le retour au lieu de résidence • Le contact avec les professionnels pour organiser le suivi post-opératoire • Une procédure pour l'organisation du suivi après la sortie <p>Cocher 0. Non, si le passeport n'est pas délivré au patient OU s'il ne comprend pas les 3 points particuliers mentionnés plus haut.</p>

CA_struct_9_1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si non</u> : Un livret d'accueil spécifique pour les patients pris en charge en ambulatoire 	<p>Cocher 1. Oui, si le livret d'accueil est délivré au patient ET s'il mentionne notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une information sur la nécessité d'un accompagnant pour le retour au lieu de résidence • Le contact avec les professionnels pour organiser le suivi post-opératoire • Une procédure pour l'organisation du suivi après la sortie <p>Cocher 0. Non, si le livret d'accueil n'est pas délivré au patient OU s'il ne comprend pas les 3 points particuliers mentionnés plus haut.</p>
CA_struct_9_2	Un entretien dédié à l'information du patient sur la prise en charge en ambulatoire (à l'exclusion des consultations réalisées par l'opérateur et par l'anesthésiste)	<p><i>Plusieurs réponses possibles</i></p> <p>Il s'agit d'une organisation particulière mise en œuvre par certains établissements, en complément de la consultation pré-interventionnelle avec le chirurgien et l'anesthésiste. Un entretien est organisé avec le patient +/- son entourage pour expliquer le passeport ambulatoire, s'assurer qu'il a bien compris les messages essentiels et répondre à ses questions.</p> <p>Cocher NON. Si l'information du patient n'est réalisée que dans le cadre des consultations avec le chirurgien ou l'anesthésiste.</p>
CA_struct_11	Un chemin clinique pour la prise en charge programmée de l'enfant en CA	Chemin clinique : outil d'organisation et de planification d'une activité pluridisciplinaire, établi pour la prise en charge coordonnée des patients pour une pathologie donnée, favorisant le repérage des étapes et points essentiels à prendre en compte tout au long du parcours de soins (Cf. Recommandations organisationnelles HAS-ANAP 2013).
CA_struct_13	Une procédure écrite pour le contact de la veille (j-1)	Il s'agit d'une procédure pour le contact de la veille (j-1) par appel téléphonique, message sur répondeur et/ou sms.
CA_struct_16	Une procédure écrite pour le contact après la sortie (J+1/J+3)	Il s'agit d'une procédure pour le contact après la sortie (J+1/J+3) par appel téléphonique, message sur répondeur, ou sms et/ou RDV programmé.
CA_struct_22	<i>Utilisez-vous systématiquement la variable mise à disposition par l'ATIH en mars 2019 ?</i>	Répondez oui, si vous utilisez systématiquement la variable visant à renseigner une conversion en hospitalisation complète qui a été mise à disposition par l'ATIH en mars 2019.

À noter : la grille de recueil et les consignes des indicateurs de processus ont beaucoup évolué par rapport à 2018. Étant trop nombreux, les changements, ne sont pas signalés dans ce document.

Grille d'évaluation du processus en chirurgie ambulatoire		
Information communes		
Identification – caractéristiques du dossier à analyser		
CA_P_1	Dossier	<p>Cocher 1. Retrouvé, si le dossier du patient est retrouvé. Cocher 2. Non retrouvé, si le dossier du patient n'est pas retrouvé. Cocher 3. Si le dossier du patient est retrouvé mais qu'il est tracé dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées.</p> <p>Si vous cochez 2 ou 3 la saisie est terminée pour ce dossier.</p>
CA_P_2	Dossier correspond à un patient admis pour une chirurgie programmée en ambulatoire	<p>Cocher 1. Oui, si le patient a été admis pour une intervention programmée en ambulatoire quelle que soit l'issue du séjour (<i>sortie vers son lieu de résidence, séjour converti en hospitalisation complète dans le même établissement ou transfert vers un autre établissement en MCO, en SSR ou en HAD</i>).</p> <p>À noter : Si le séjour a été converti en hospitalisation complète, il doit être codé en multi-RUM avec le 1^{er} RUM en HP. Les patients décédés au cours du séjour sont exclus de l'évaluation des indicateurs de processus.</p> <p>Cocher 0. Non, si patient n'est pas admis pour une intervention programmée en ambulatoire. Dans ce cas répondez à la question CA_P_2_1.</p>
CA_P_2_1	<ul style="list-style-type: none"> Si <u>non</u>, ce séjour concernait : 	<p>Cocher 1. Si l'intervention était initialement programmée le lendemain de l'admission, en hospitalisation conventionnelle (complète). Cocher 2. Si la chirurgie était initialement programmée en ambulatoire, et que l'intervention a été réalisée le lendemain, ou reportée un autre jour. Cocher 3. Si l'intervention a été réalisée en urgence, donc <u>non programmée</u> et sans évaluation de l'éligibilité réalisée avant l'admission. Cocher 4. Si aucun acte de chirurgie ou intervention n'a été réalisé au cours du séjour (ex : séance, coloscopie sans intervention). Cocher 5. S'il s'agit d'une incohérence PMSI.</p> <p>La saisie est terminée pour ce dossier.</p>
CA_P_2_2	<ul style="list-style-type: none"> Si <u>oui</u>, le séjour correspond à : 	<p>Cocher 1. Si le patient est sorti contre avis médical. Cocher 2. Si le patient provenait d'une autre unité/d'un autre service de votre ES, d'un autre ES, d'une HAD ou d'un SSR. Cocher 3. Si l'intervention en ambulatoire a été réalisée en urgence (intervention non programmée, sans évaluation de l'éligibilité réalisée dans les jours précédant l'admission).</p> <p>Si vous cochez 1, 2 ou 3 le séjour du patient correspond à un des critères d'exclusion et la saisie est terminée pour ce dossier.</p> <p>Cocher 4. Si le dossier du patient ne correspond à aucun de ces critères : la saisie continue.</p>
UCA	Le patient est pris en charge en UCA <i>Recueilli pour information</i>	<p>Cocher 1. Oui, si l'intervention a eu lieu dans l'UCA. Cocher 0. Non, si l'intervention a eu lieu en dehors de l'UCA.</p>
CA_P_3	DP du séjour	Automatique PMSI

CA_P_4	Acte de chirurgie réalisé	<p>Cocher 1. Si l'intervention est une cataracte isolée (sans autre acte de chirurgie associé).</p> <p>Cocher 2. Si l'intervention est une chirurgie de cataracte combinée à une autre intervention sur l'œil (ex chirurgie pour glaucome, décollement de rétine...).</p> <p>Cocher 3. Si l'intervention n'est pas une chirurgie de cataracte isolée ou combinée à une autre chirurgie sur l'œil.</p> <p>Si vous cochez 3. préciser de quelle intervention il s'agit dans la question CA_P_5.</p>
CA_P_5	Si autre, préciser :	Préciser l'intervention programmée en ambulatoire pour laquelle le patient a été hospitalisé.
CA_P_6_1	Le patient est sorti le jour même vers son lieu de résidence (domicile, chez des membres de sa famille, structure d'hébergement médico-sociale où le patient réside)	<p>Cocher 1. Oui, si le patient est sorti comme prévu le jour même de son hospitalisation, et qu'il est sorti vers son lieu de résidence (domicile ou structure d'hébergement médico-sociale, ou chez des membres de sa famille).</p> <p>Cocher 0. Non, dans toute autre situation : si le patient n'est pas sorti comme prévu le jour même de son intervention vers son lieu de résidence, OU s'il est sorti le jour même mais vers une autre destination que son lieu de résidence.</p> <p>Dans ce cas, préciser le motif d'absence de sortie le jour même vers le lieu de résidence, dans la question CA_P_6_2.</p>
CA_P_6_2	Si non, s'agit-il :	<p>Cocher 1. Si le patient a été transféré <u>après son intervention</u> vers un autre service de votre ES : il s'agit d'une conversion en hospitalisation complète.</p> <p>Cocher 2. Si le patient a été transféré <u>après son intervention</u> vers un autre ES (MCO) : il s'agit d'une conversion en hospitalisation complète.</p> <p>Cocher 3. Si le patient a été transféré <u>après son intervention</u> en SSR ou en HAD.</p> <p>Cocher 4. Si le patient est décédé au cours du séjour. Dans ce cas, la saisie est terminée et un dossier de réserve est ouvert.</p> <p>Cocher 5. Autre</p> <p>Cocher 6. Hôtel hospitalier (sans soins)</p> <p>Si vous cochez 1, 2, ou 3 le dossier n'est pas éligible aux questions relatives aux indicateurs 5 et 6 (évaluation de la qualité de la lettre de liaison à la sortie et contact à J+1 et J+3).</p> <p>Si vous cochez 4, 5 ou 6, le dossier est exclu et un dossier de réserve est ouvert.</p>

Grille d'évaluation du processus en chirurgie ambulatoire
Indicateurs de processus CA

Qualité de la lettre de liaison à la sortie

Indicateur en recueil obligatoire, en diffusion publique et intégré à IFAQ

QLS_1	La lettre de liaison à la sortie est retrouvée	<p>La lettre de liaison est tout document (+/- annexes) remis au patient ou à son représentant légal (parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle) ou à la personne de confiance à sa sortie, y compris le carnet de santé pour la pédiatrie. Elle peut être en version papier ou informatisée.</p> <p>Pour information, à ce jour la lettre de liaison et le bulletin de sortie sont réglementaires pour la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Cocher 1. Oui, si la lettre de liaison est retrouvée dans le dossier</p> <p>Cocher 0. Non, si la lettre de liaison n'est pas retrouvée dans le dossier du patient. Dans ce cas, la saisie est terminée et le score de l'indicateur est nul.</p>
CA_P_14_1	La lettre de liaison est datée du jour de la sortie du patient de la structure	<p>La date de sortie correspond pour ces dossiers à la date d'admission, et par conséquent à la date de réalisation de l'intervention.</p> <p>Lorsque le séjour de chirurgie ambulatoire est converti en hospitalisation complète, il n'entre plus dans le cadre de cette évaluation, mais potentiellement dans celui de QLS MCO de plus de 48h.</p> <p>Cocher 1. Oui, si la lettre de liaison est retrouvée, datée ET si la date est celle du jour de la sortie.</p> <p>Cocher 2. Non, si la date de la lettre de liaison est postérieure à la date de sortie.</p> <p>Cocher 3. Ne sait pas, si la lettre de liaison n'est pas datée ou si la date est illisible.</p> <p>Le score de l'indicateur est nul si la lettre de liaison n'est pas datée ou si la date est postérieure à la date de sortie. Cependant, l'analyse du contenu de la lettre de liaison à la sortie est réalisée pour permettre aux établissements de cibler d'éventuelles actions d'amélioration à mettre en place.</p>
QLS_3	Trace de la remise de la lettre de liaison au patient	<p>Il s'agit d'une trace de la remise de la lettre de liaison au patient ou à son représentant légal (parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle) ou à la personne de confiance. Elle est recherchée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient. Les termes « remis au patient », « remis à Mr. / Mme X », « à remettre au patient » (avec la case correspondante cochée) ... sont acceptés, ainsi que la signature du patient sur une copie du document attestant sa remise.</p> <p>Cocher 1. Oui, si une mention de la remise à la sortie de la lettre de liaison au patient est retrouvée.</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie n'est retrouvée.</p>

QLS_3_1	Si non, l'absence de remise de la lettre de liaison au patient est justifiée par le refus du patient	<p>Cocher 1. Oui, si une trace du refus du patient est retrouvée dans le dossier</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace de refus du patient est retrouvée dans le dossier</p>
Identification du patient dans la lettre de liaison		<p>L'identification du patient repose sur les 4 éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • nom de naissance (ou nom de jeune fille); • prénom; • date de naissance; • sexe.
QLS_5_1	Nom de naissance	<p>Le nom de naissance (ou nom de jeune fille) est retrouvé dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 1. Oui</p> <p>Cocher 0. Non</p>
QLS_5_2	Prénom	<p>Le prénom est retrouvé dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 1. Oui</p> <p>Cocher 0. Non</p>
QLS_5_3	Date de naissance	<p>La date de naissance est retrouvée dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 1. Oui</p> <p>Cocher 0. Non</p>
QLS_5_4	Sexe	<p>Le sexe est retrouvé dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 1. Oui</p> <p>Cocher 0. Non</p>
QLS_4	Identification du médecin traitant dans la lettre de liaison	<p>Il s'agit du nom et de l'adresse postale ou électronique.</p> <p>Cocher 1. Oui, si l'identification du médecin traitant est retrouvée de manière lisible dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher 0. Non</p>
QLS_4_1	Si non, indiquer la raison :	<p>Cocher 1. Si une mention indiquant que le patient refuse que sa lettre de liaison soit transmise au médecin traitant est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher 2. S'il est mentionné dans le dossier du patient ou la lettre de liaison que le patient n'a pas de médecin traitant déclaré.</p> <p>Cocher 3. Si aucune de ces 2 situations n'est retrouvée.</p>
CA_P_21	Destination à la sortie dans la lettre de liaison	<p>Cet item est recueilli en information complémentaire et n'entre pas dans le calcul du score.</p> <p>Cocher 1. Oui, lorsque la destination du patient à sa sortie est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie (domicile ou centre d'hébergement médico-social ou membres de la famille).</p> <p>Les formulations suivantes sont acceptées : «retour à domicile», «le patient peut rentrer chez lui»...</p> <p>Cocher 0. Non, lorsque l'information n'est pas retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible.</p>

QLS_9	Motif d'hospitalisation	<p>Cocher 1. Oui, lorsque le motif d'hospitalisation est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie. Il s'agit de la (des) raison(s) pour laquelle (lesquelles) le patient a été hospitalisé, précisant la pathologie et l'intervention programmée en ambulatoire.</p> <p>Cocher 0. Non, lorsque l'information n'est pas retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible.</p>
CA_P_23	Synthèse médicale du séjour dans la lettre de liaison	<p>Cocher « Oui » lorsqu'une synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour est retrouvée dans la lettre de liaison à la sortie et qu'elle mentionne le cas échéant, un ou plusieurs des quatre éléments suivants dès lors qu'ils sont retrouvés dans le dossier analysé : i) événements indésirables, ii) portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, iii) administration de produits sanguins ou dérivés du sang, iv) pose d'un dispositif médical implantable.</p> <p>Précision : un événement indésirable associé aux soins (EIAS) est un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet événement est consécutif aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Il s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin et n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie. Pour plus d'informations, les définitions sont accessibles au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/</p> <p>Exemples d'événements indésirables associés aux soins : chute, infection, hémorragie, douleur, réaction allergique, ...</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'il n'y a pas de synthèse médicale dans la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible OU si la synthèse médicale est retrouvée dans la lettre de liaison, mais qu'elle ne comporte pas la mention d'un ou plusieurs des 4 éléments suivants malgré leur présence dans le dossier analysé (portage ou identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins ou dérivés du sang et/ou pose d'un dispositif médical implantable).</p>

CA_P_24	Traitements médicamenteux de sortie (hors traitement habituel non modifié)	<p>Il s'agit de prescriptions d'antalgiques anticipées et/ou remises à la sortie, et de prescriptions autres qu'antalgiques si applicables ou traitement habituel modifié (hors traitement habituel non modifié). Ces traitements sont retrouvés dans la lettre de liaison ou annexés à cette lettre, avec un appel dans le corps du document (ex mention «ordonnances jointes») ou agrafées au document. Les copies d'ordonnances ne sont pas prises en compte si elles sont uniquement dans le dossier du patient, sans être dans ou annexées à la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher 1. Oui, si une trace écrite du traitement médicamenteux de sortie (hors traitement habituel non modifié) est retrouvée dans la lettre de liaison. La qualité de ces prescriptions est évaluée par les questions QLS_13_3_1 à QLS_13_3_4.</p> <p>Cocher 0. Non, si vous ne trouvez pas dans la lettre de liaison de traitement médicamenteux de sortie ou si ce traitement est illisible ou si le patient sort avec son traitement habituel non modifié ou si le patient n'a pas de traitement habituel. Dans ce cas, préciser cette situation dans la question CA_P_24_5.</p>
QLS_13_3_1	Dénomination des médicaments	Il s'agit de la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune.
QLS_13_3_2	Posologie	Il s'agit du dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments.
QLS_13_3_3	Voie d'administration	<p>Cocher 1. Oui, si vous trouvez la voie d'administration ou la forme galénique si cela suffit à préciser la voie d'administration.</p> <p>Pour les produits injectables (voie parentérale), il s'agit de la voie intradermique (i.d.), voie sous-cutanée (s.c.), voie intramusculaire (i.m.), voie intraveineuse (i.v.) ou voie intra-artérielle (i.a.). Pour les autres voies d'administration, il s'agit de la voie orale ou per os, voie cutanée ou transdermique, voie oculaire, etc. ; ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration (gélules, comprimés, sirops, ampoules buvables, collyres, gouttes, etc.)</p>
QLS_13_3_4	Durée du traitement	Cocher 1. Oui, si la durée du traitement est renseignée. Il s'agit d'une durée (ex : « QSP 1 mois », « traitement au long cours », ou bien « en cas de douleur » pour une prescription d'antalgiques) ou « à renouveler » (cas des prescriptions au long cours) ou un nombre total de médicaments à consommer (« Traitement de 14 comprimés »).

CA_P_24_5	La trace d'une information sur le traitement habituel est retrouvée dans la lettre de liaison.	<p>Le patient peut ne pas avoir de traitement habituel, ou le traitement habituel peut être poursuivi tel quel, ou encore modifié. La modification du traitement habituel porte sur l'ajout, la suppression ou la substitution (ex changement de molécule, dose, voie d'abord).</p> <p>Toute modification du traitement habituel est évaluée dans le critère traitement médicamenteux de sortie (CA_P_24 et QLS_13_3_1 à QLS_13_3_4).</p> <p>Cocher 1. Oui, si une information sur le traitement habituel est retrouvée dans la lettre de liaison. Puis, répondez à la question CA_P_24_6 et à la question CA_P_24_7.</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune information n'est retrouvée sur le traitement habituel dans la lettre de liaison.</p>
CA_P_24_6	<ul style="list-style-type: none"> Si oui, il s'agit de la situation suivante : Recueilli cette année pour information 	<p>Cocher 1. si le patient poursuit son traitement habituel</p> <p>Cocher 2. si le patient n'a pas de traitement habituel.</p> <p>Cocher 3. si le traitement habituel a été modifié. La modification du traitement habituel porte sur l'ajout, la suppression ou la substitution (ex changement de molécule, dose, voie d'abord).</p>
CA_P_24_7	<ul style="list-style-type: none"> Cette information est retrouvée : Recueilli cette année pour information 	<p>Il s'agit de préciser, où a été retrouvée l'information sur le traitement habituel.</p> <p>Cocher 1. Si l'information est retrouvée dans la lettre de liaison seulement.</p> <p>Cocher 2. Si l'information est retrouvée dans le dossier du patient seulement.</p> <p>Cocher 3. Si l'information est retrouvée dans la lettre de liaison et dans le dossier du patient.</p>
Planification des soins après la sortie dans la lettre de liaison		<p>Il s'agit des soins à réaliser après la sortie et des recommandations, y compris l'information du patient sur la conduite à tenir en cas de complications, dont le numéro à contacter en cas d'urgence.</p> <p>Les soins et recommandations peuvent porter sur : points particuliers à surveiller, hygiène, reprise alimentaire, gestion de la cicatrice, hydratation, conduite à tenir en cas de complications, reprise des traitements, rendez-vous médicaux pris ou à prendre, examens complémentaires à réaliser ou en attente, soins infirmiers ou de rééducation, prescriptions pour soins paramédicaux ou matériel, documents administratifs (arrêt de travail, prescription médicale de transport)....</p>
CA_P_25_1_1	Recommandations et surveillances particulières	<p>Il s'agit de recommandations, conseils, conduites à tenir et surveillances particulières post-opératoires ou post-anesthésiques</p> <p>Cocher 1. si des recommandations et surveillances particulières sont retrouvées dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 2. s'il est mentionné de façon lisible que le suivi ne nécessite pas de surveillance particulière, qu'il n'y pas de soins à réaliser après la sortie.</p> <p>Cocher 3. Si aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée dans la lettre de liaison.</p>

CA_P_25_1_2	Actes et examens prévus et à programmer	<p>Cocher 1. si des actes ou examens complémentaires à faire sont retrouvés dans la lettre de liaison</p> <p>Cocher 2. s'il est mentionné de façon lisible que le suivi ne nécessite pas la réalisation d'actes ou d'exams complémentaires.</p> <p>Cocher 3. Si aucune des informations ci-dessus n'est retrouvée dans la lettre de liaison.</p>
CA_P_25_2_1	Numéro de téléphone à contacter en cas d'urgence	Cette information est à rechercher dans la lettre de liaison, et non dans d'autres documents dont le passeport ambulatoire. Le numéro de téléphone du secrétariat n'est pas accepté.
CA_P_25_2_2	Coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins	Il s'agit de l'établissement, ET du service ET du numéro de téléphone. Cette information est à rechercher dans la lettre de liaison.
CA_P_25_2_3	La lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexes(s))	Cette question porte sur le format du document remis au patient et n'entre pas dans le calcul du score. La lettre de liaison à la sortie est un document qui doit favoriser la continuité des soins. Dans l'idéal, il devrait être synthétique pointant les points de vigilance et de suivi, et les éventuels changements thérapeutiques.

Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention (CA-ELIG_V2)
Indicateur en recueil optionnel

CA_P_7	Une évaluation réalisée à l'admission de l'éligibilité du patient à l'intervention est retrouvée dans le dossier du patient	<p><i>Il s'agit de s'assurer <u>lors de l'accueil du patient</u> à J0 du respect des consignes requises spécifiquement pour la réalisation de l'intervention en ambulatoire (Cf. Check-list J0 accueil HAS-ANAP 2013).</i></p> <p><i>Attention : Il ne s'agit pas de l'évaluation de l'éligibilité du patient à la chirurgie en ambulatoire <u>réalisée avant l'admission</u> par le chirurgien (opérateur) et/ou l'anesthésiste (Cf. Check-list « critères de sélection pour la chirurgie ambulatoire » HAS-ANAP 2013).</i></p> <p>Cocher 1. Oui, si la trace de cette évaluation réalisée et datée du jour de l'admission est retrouvée dans le dossier du patient sous la forme d'une check-list type accueil à J0.</p> <p>Cocher 2. Oui, si la trace de cette évaluation réalisée et datée du jour de l'admission est retrouvée dans le dossier du patient sous <u>une autre modalité que la check-list</u> à J0.</p> <p>Cocher 3. Non, si aucune trace d'une évaluation réalisée et datée du jour de l'admission n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Si vous avez coché la réponse 1 ou 2, répondez aux questions CA_P_7_1, CA_P_7_2, CA_P_7_3 et CA_P_7_4</p>
CA_P_7_5	Si oui, la vérification des consignes de jeûne liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher 1. Oui, si vous retrouvez la trace de la vérification des consignes de jeûne en rapport avec l'intervention OU s'il n'y a pas de consignes de jeûne à respecter</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace de la vérification de ces consignes n'est retrouvée dans le dossier du patient</p>
CA_P_7_6	Si oui, la vérification des consignes d'hygiène liées à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher 1. Oui, si vous retrouvez la trace de la vérification des consignes d'hygiène en rapport avec l'intervention</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace de la vérification de ces consignes (exemple, douche) n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>
CA_P_7_7	Si oui, la vérification des signes d'infection liés à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher 1. Oui, si vous retrouvez la trace de la vérification des signes d'infection en rapport avec l'intervention (exemple, fièvre) OU que l'infection est le motif de l'intervention.</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace de la vérification des signes d'infection n'est retrouvée dans le dossier du patient.</p>

CA_P_7_8	Si oui, la vérification de l'organisation du retour liée à l'intervention est tracée dans le dossier	<p>Cocher 1. Oui, si vous retrouvez la trace de l'organisation du retour (exemple : présence d'un accompagnant de la structure au lieu de résidence (domicile, centre d'hébergement médico-social ou membres de la famille) ou de la structure au moyen de transport avec chauffeur (public, taxi...)).</p> <p>Cocher 0. Non, si vous ne trouvez aucune trace de la vérification de ces consignes.</p>
----------	--	--

Anticipation de la prise en charge de la douleur
Indicateur en recueil optionnel

CA_P_12_1	La trace de l'anticipation <u>avant l'admission</u> de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans le dossier du patient	<p>L'anticipation <u>avant l'admission</u> de la prise en charge de la douleur est à rechercher dans le dossier du patient, notamment dans tout document réalisé avant l'admission (ex Compte-rendus des consultations pré-opératoires).</p> <p>Il s'agit de traitements antalgiques, et de toute molécule à action antalgique.</p> <p>Cocher <input type="radio"/> 1. Si la copie de la prescription d'antalgiques datée d'avant l'admission est retrouvée dans le dossier du patient</p> <p>Cocher <input type="radio"/> 2. Si une mention datée d'avant l'admission précisant que le patient a déjà des antalgiques au domicile (ex patient douloureux chronique sous traitement, avec adaptation de la dose si nécessaire) est retrouvée dans le dossier du patient</p> <p>Cocher <input type="radio"/> 3. Si aucune trace de l'anticipation de la prise en charge de la douleur par les 2 situations ci-dessus n'est retrouvée dans le dossier du patient</p>
-----------	--	--

Évaluation du patient pour la sortie de la structure
Indicateur en recueil optionnel

CA_P_13	La trace d'une évaluation pour la sortie du patient est retrouvée dans le dossier	<p>Cocher 1. Oui, la trace d'une évaluation du patient pour la sortie est retrouvée dans le dossier.</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace d'une évaluation du patient pour la sortie n'est retrouvée dans le dossier.</p>
CA_P_13_1	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si oui</u>, l'évaluation pour la sortie repose sur : 	<p><i>Cette question est posée pour information, et n'entre pas dans le calcul du score.</i></p> <p>Cocher 1. Si cette évaluation est réalisée avec un score de Chung.</p> <p>Cocher 2. Si cette évaluation est réalisée avec une modalité autre que le score de Chung.</p>
CA_P_13_2	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si oui</u>, elle évalue avec une échelle la douleur à la sortie 	<p>Cocher 1. Oui, si l'évaluation à la sortie comporte une évaluation de la douleur avec une échelle. Il peut s'agir d'une échelle verbale simple (EVS), échelle numérique simple en cm (ENS), échelle visuelle analogique (EVA) en cm ou en mm, échelle numérique en mm (EN)...</p> <p>Cocher 0. Non, si l'évaluation à la sortie ne comporte pas une évaluation de la douleur ou si la douleur n'est pas évaluée avec une échelle.</p>

CA_P_13_3	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Si oui</u>, elle évalue les nausées et vomissements à la sortie 	<p>Cocher 1. Oui, si l'évaluation à la sortie comporte une évaluation des nausées et vomissements.</p> <p>Cocher 0. Non, si l'évaluation à la sortie ne comporte pas une évaluation des nausées et vomissements.</p>
<p>Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA-CSP) Indicateur en recueil optionnel</p>		
CA_P_26	Un contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 est retrouvé	<p>Ce contact peut être réalisé par appel téléphonique, sms et/ou message sur répondeur, ou par une consultation programmée.</p> <p>Remarque : Les jours à prendre en compte sont les jours ouvrés. Pour une sortie le vendredi, un appel tracé au plus tard le lundi suivant est accepté.</p> <p>Cocher 1. Oui, si la trace d'un contact avec le patient entre J+1 et J+3 est retrouvée dans le dossier. Vous pouvez également cocher 1. Oui, s'il est noté dans le dossier que le patient n'a pas pu être joint entre J+1 et J+3.</p> <p>Cocher 0. Non, si aucune trace d'un contact avec le patient entre J+1 et J+3 n'est retrouvée dans le dossier, et ce quel que soit la modalité ou le support.</p>

Informations complémentaires Processus CA		
Information complémentaire : Évaluation du risque de nausées et vomissements post-opératoires, hors anesthésie locale stricte		
CA_P_9_1	La trace d'une évaluation du risque de nausées, vomissements post-opératoires (NVPO) est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique	<p>Il s'agit de l'évaluation réalisée <u>avant l'admission</u>. Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, de facteurs de risque de NVPO (exemple : antécédents de mal des transports, intolérance aux opiacés....). En l'absence d'antécédents médicaux, le score d'Apfel peut être utilisé</p> <p>Cocher 1. Oui, si la trace de l'absence de risque de nausées, vomissements post-opératoires (NVPO), est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique (exemple NVPO-, NVPO RAS,).</p> <p>Cocher 2. Oui, si la trace d'un risque de NVPO est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique (exemple : mention type NVPO+ ou risque faible, modéré, élevé....)</p> <p>Cocher 3. Non, si aucune trace de l'évaluation du risque de NVPO, réalisée avant l'admission n'est retrouvée dans le dossier du patient ou du dossier anesthésique.</p> <p>Le résultat sera calculé et rendu pour information hors anesthésie locale stricte, ainsi que dans la sous-population pédiatrique.</p>
CA_P_10_1	L'intervention a été réalisée (type d'anesthésie):	<p>Cocher 1. si l'intervention a été réalisée sous anesthésie locale stricte.</p> <p>Cocher 2. si l'intervention a été réalisée sous anesthésie topique.</p> <p>Cocher 3. si l'intervention a été réalisée sous anesthésie loco-régionale.</p> <p>Cocher 4. si l'intervention a été réalisée sous anesthésie générale.</p> <p>Cocher 5. Si vous ne savez pas sous quel type d'anesthésie l'intervention a été réalisée</p>
Informations complémentaires : Évaluation du risque thromboembolique, veineux et artériel hors population pédiatrique		
CA_P_11_1	La trace d'une évaluation du risque thromboembolique veineux est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique	<p>Il s'agit de l'évaluation réalisée <u>avant l'admission</u>. Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire.</p> <p>Cocher 1. Oui, si la trace de l'absence de risque thromboembolique veineux, est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique. Les mentions « risque standard » ou « pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers ».</p> <p>Cocher 2. Oui, si la trace d'un risque thromboembolique veineux est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique (exemple : risque faible, modéré, élevé....)</p> <p>Cocher 3. Non, si aucune trace de l'évaluation du risque thromboembolique veineux, réalisée avant l'admission n'est retrouvée dans le dossier du patient ou du dossier anesthésique.</p>

CA_P_11_2	La trace d'une évaluation du risque thromboembolique artériel est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique	<p>Il peut s'agir d'antécédents médicaux et chirurgicaux, facteurs de risque, par exemple troubles du rythme (ACFA), patients porteurs de valve mécanique, patients sous anticoagulants ou antiagrégants.....</p> <p>Cocher 1. Oui, si la trace de l'absence de risque thromboembolique artériel, est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique. Les mentions « risque standard » ou « pas de facteurs de risques anesthésiques particuliers ».</p> <p>Cocher 2. Oui, si la trace d'un risque thromboembolique artériel est retrouvée dans le dossier du patient et/ou le dossier anesthésique (exemple : risque faible, modéré, élevé....)</p> <p>Cocher 3. Non, si aucune trace de l'évaluation du risque thromboembolique artériel, réalisée avant l'admission n'est retrouvée dans le dossier du patient ou du dossier anesthésique.</p> <p>Le résultat sera calculé et rendu pour information au global ainsi que pour les sous-populations avec ALS et pédiatrique.</p>
-----------	--	--