



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Généralisation 2019

d'un recueil d'indicateurs pour l'amélioration

de la qualité et de la sécurité des soins

dans les établissements de santé

de soins de courte durée

Consignes de remplissage

Grille de recueil

Indicateurs de processus - secteur MCO

contact.igss@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)

SOMMAIRE

Consignes relatives aux indicateurs de processus dans le secteur MCO	3
Grille de recueil des indicateurs du dossier patient MCO	18

CONSIGNES DE REMPLISSAGE DES INDICATEURS DE PROCESSUS EN MCO

Consignes relatives aux indicateurs de processus dans le secteur MCO

N°	Libellés de la grille	Instructions
Identification - structure		
FINESS	Numéro FINESS enquêté	Le numéro FINESS de l'établissement enquêté est issu du RSS et s'affiche automatiquement sur la grille.
RS	Nom de l'établissement enquêté	Le nom de l'établissement s'affiche automatiquement.
Identification - niveau interne à la structure		
Service	Service (ou pôle)	La saisie n'est pas obligatoire pour cette variable. L'établissement souhaitant disposer d'informations par service (ou pôle) doit renseigner celle-ci. Le cas échéant, il convient d'établir une liste de correspondance où chaque service (ou pôle) est identifié par un code alphanumérique comportant au maximum 5 caractères (ex : « CHIR1 » = service de chirurgie digestive).
Identification - tirage au sort et date de saisie		
D_Saisie	Date de la saisie	La date de la dernière saisie enregistrée s'affiche automatiquement.
NumTAS	Numéro du tirage au sort	Le numéro s'affiche automatiquement. Il correspond au numéro de tirage au sort du séjour sélectionné dans l'échantillon constitué à partir de la base des RSS.
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA 6	Séjour	Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement. En fonction du nombre d'unités médicales (UM) fréquentées par le patient lors de son séjour, il est indiqué si le séjour est mono-RUM ou multi-RUM.
GHM	Groupe homogène de malades (GHM)	Cette information est issue du groupage du RSS et s'affiche automatiquement.
Soin_MCO	Activité de soins MCO	Cette information, déduite de la variable GHM, s'affiche automatiquement. La modalité « non attribuée » correspond aux séjours présentant un « GHM erreurs ».
Age	Age du patient à la date d'entrée du séjour	Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement en année(s). Si le patient est un enfant de moins d'un an, le chiffre 0 s'affiche.
Sexe	Sexe du patient	Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement. Il est indiqué « Masculin » ou « Féminin ».
D_Finsej	Date de fin du séjour MCO	Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement au format JJ/MM/AAAA. <u>Précision</u> : selon le guide de production des RSS, en cas de passage en psychiatrie ou SSR ou SLD, après le séjour MCO, le séjour MCO est clos.
DureeSej	Durée du séjour	Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement au format JJ. Elle correspond à la différence entre la date de sortie et la date d'entrée.

Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DPA_13	Dossier	<p>Cocher « Retrouvé et analysable » si le dossier peut être analysé.</p> <p>Cocher « Retrouvé avec incohérence PMSI » dans les deux cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séjour < 1 jour lorsque le séjour tiré au sort comporte une date de sortie identique à sa date d'entrée ; ▪ GHM lorsque le GHM issu du PMSI (GHM) apparaît incompatible avec le contenu du dossier. Dans les deux cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier. <p>Cocher « Dossier retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées » s'il est explicitement mentionné dans le dossier que le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées à des fins autres que sa prise en charge. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p> <p>Cocher « Dossier non retrouvé » si le dossier n'est pas retrouvé.</p> <p>Cocher « Patient sorti contre avis médical » s'il est explicitement mentionné dans le dossier que le patient est sorti contre avis médical. Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour ce dossier.</p>
DInformatise	Dossier informatisé	<p>Préciser le degré d'informatisation du dossier.</p> <p>Cocher « Oui » si le dossier est entièrement informatisé.</p> <p>Cocher « Non » si le dossier n'est pas informatisé.</p> <p>Cocher « Partiellement » si une partie du dossier est informatisée.</p> <p><u>Précision</u> : le dossier patient informatisé est une des composantes d'un système d'information en réseaux. Il est composé d'informations administratives et médicales qui forment une base de données permettant de faciliter la coordination des soins. C'est un dossier sans papier.</p>
DPA_15	Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s) pour chaque séjour analysé	<p>Cocher « Oui » lorsque l'élément est informatisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> -DINF_OBS_MED : observations médicales ; -DINF_RES_EXAM : résultats des examens complémentaires ; -DINF_LETTRE_LIAISONS : lettre de liaison remise à la sortie ; -DINF_DOSSIER_SOINS : dossier de soins ; -DINF_DOSSIER_ANESTHESIQUE : dossier anesthésique. <p>Cocher « Non » lorsque l'élément n'est pas informatisé.</p> <p>Cocher « Non Applicable » lorsque l'élément n'est pas retrouvé dans le séjour analysé.</p> <p>Remarque : pour les prescriptions autres que médicamenteuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de cocher « Oui » lorsque tous les éléments sont informatisés. - il convient de cocher « Non » dès lors qu'un élément n'est pas informatisé. <p>Remarque : chaque modalité cochée pour le premier dossier saisi le sera automatiquement par défaut pour tous les dossiers suivants.</p> <p>Pour les dossiers suivants, en cas de changement, n'oubliez pas de cocher la modalité d'informatisation correspondant au dossier analysé.</p>
Information complémentaire (Critère d'exclusion spécifique pour QLS)		
DPA_Sortie	Le patient est sorti à domicile	<p>Cette information est issue du RSS et s'affiche automatiquement.</p> <p>Il est indiqué « Oui » si le patient est sorti à domicile.</p> <p>Il est indiqué « Non » dans le cas contraire. Dans ce cas, le masque de saisie de l'indicateur QLS ne s'affiche pas car il s'agit d'un critère d'exclusion spécifique à cet indicateur.</p>

Indicateur 1 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)

Les informations doivent provenir d'un document unique, la lettre de liaison rédigée le jour de la sortie ayant pour vocation d'être remise au minimum au patient le jour de la sortie. Cette lettre de liaison synthétise les points de vigilance et de suivi et les changements thérapeutiques au cours du séjour et doit favoriser la continuité des soins.

Si plusieurs documents ont cette vocation, il convient de ne garder que le plus complet. Toutes les informations collectées pour le recueil de cet indicateur doivent être issues de la même lettre de liaison (sauf pour la traçabilité de la remise au patient et les coordonnées du médecin destinataire).

<p>QLS_1</p>	<p>Lettre de liaison à la sortie retrouvée</p>	<p>Cocher « Oui » si une lettre de liaison à la sortie est retrouvée dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non » si aucune lettre de liaison n'est retrouvée à la sortie dans le dossier du patient. <i>Dans ce cas, la saisie des données est terminée pour l'indicateur QLS.</i></p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cas d'un séjour en maternité, la lettre de liaison doit être retrouvée même si le document de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) 2013 est renseigné. La lettre de liaison doit prendre en compte les éléments du CNNSE ou vice versa mais un seul un document est attendu. - dans le cas d'un séjour en pédiatrie, le carnet de santé peut être accepté comme lettre de liaison. Il convient de retrouver une copie de la partie concernée du carnet de santé dans le dossier patient ou la mention de ce qui a été indiqué dans le dossier patient, et les éléments doivent être envoyés au médecin traitant. <p>Remarque : une ordonnance de sortie, une fiche de liaison infirmière, ne sont pas considérés comme une lettre de liaison ou un document ayant pour but la continuité des soins.</p>
<p>QLS_2</p>	<p>Lettre de liaison datée</p>	<p>Cocher « Oui » si une date est indiquée sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non » si aucune date n'est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie ou lorsque l'information est illisible. <i>Dans ce cas, la saisie des données n'est pas terminée pour l'indicateur QLS.</i></p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - quelle que soit la date de la lettre de liaison à la sortie, l'analyse du contenu de la lettre de liaison à la sortie est réalisée (QLS 3 à QLS_Unique) afin d'assurer un rendu d'informations aux établissements pour leurs actions d'amélioration de la qualité. - si l'ensemble des documents sont non datés, il convient d'analyser le document le plus complet. - pour les lettres de liaison non informatisées, il ne s'agit ni de la date d'envoi, ni de la date de remise, mais bien de la date de rédaction indiquée sur la lettre de liaison. Pour les lettres de liaison informatisées, la date retenue est la date de validation (dernière mise à jour) en vue d'une édition le jour de la sortie. - si la date est antérieure à la sortie, elle sera ramenée systématiquement à la sortie.
<p>QLS 2_1</p>	<p>Si Oui, noter cette date (JJ/MM/AAAA)</p>	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse «Oui» a été cochée à la question QLS 2.</p> <p>Saisir la date au format JJ/MM/AAAA.</p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si plusieurs documents sont datés du jour de la sortie, mais qu'aucun n'a été remis au patient, l'évaluateur sélectionnera le plus complet. - si plusieurs documents sont datés du jour de la sortie et remis au patient, l'évaluateur sélectionnera le plus complet. <p>Remarque : si la date indiquée sur la lettre de liaison est postérieure à la date de sortie, la saisie des données n'est pas terminée pour l'indicateur QLS.</p>

Critères médico-administratifs

<p>QLS_3</p>	<p>Trace de la remise de la lettre de liaison au patient*</p> <p><i>* Patient, ou son représentant légal - parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle - ou la personne de confiance.</i></p>	<p>Cocher « Oui » si une mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie est retrouvée sur la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non » si aucune mention de la remise de la lettre de liaison au patient à la sortie n'est retrouvée sur la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la traçabilité de la remise au patient peut être recherchée dans le <u>dossier du patient</u>, contrairement aux autres critères qualité qui doivent être recherchés sur la lettre de liaison à la sortie (sauf les coordonnées du médecin destinataire) ; - qu'il s'agisse d'une lettre de liaison envoyée sous format papier ou sous format informatique (application smartphone) – il convient de retrouver une mention de la remise dans le dossier patient ; - il convient de cocher « oui » si la lettre de liaison est remise au représentant légal (parents dans le cas de mineurs, ou tuteur dans le cas de majeurs sous tutelle) ou à la personne de confiance ; - 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>QLS 3 _1</p>	<p>Si non, le patient a refusé de recevoir la lettre de liaison (refus tracé dans le dossier)</p>	<p>Cocher « Oui » si l'absence de remise de la lettre de liaison au patient, justifiée par le refus du patient, est tracée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p> <p>Cocher « Non » si aucune justification de l'absence de remise de la lettre de liaison au patient n'est retrouvée dans la lettre de liaison ou dans le dossier du patient.</p>
<p>Les éléments médico-administratifs suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie :</p>		
<p>QLS_4</p>	<p>Identification* du médecin traitant sur la lettre de liaison</p> <p><i>* nom ET adresse - postale ou électronique.</i></p>	<p>Cocher « Oui » lorsque l'identification du médecin traitant est retrouvée de façon lisible sur la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier du patient. Il s'agit du nom ET de l'adresse (postale ou électronique).</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'aucun élément n'est retrouvé dans la lettre de liaison à la sortie ou dans le dossier du patient, ou lorsque l'information est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) il s'agit de la seule exception, avec la traçabilité de la remise de la lettre de liaison au patient, où une information peut être recherchée dans le <u>dossier médical</u>. (ii) quel que soit le type de prise en charge et les intervenants, <u>le médecin traitant</u> doit être destinataire de la lettre de liaison : <ul style="list-style-type: none"> - dans le cas d'un accouchement, le médecin traitant doit être informé de l'hospitalisation du patient et doit recevoir la lettre de liaison, même si la sage-femme qui suit la patiente reçoit une lettre de liaison. - si le médecin qui suit le patient dans l'établissement est son médecin traitant, il convient de retrouver une lettre de liaison dans le dossier patient et son nom doit y figurer. - si le médecin traitant est le praticien adresseur, il convient également de retrouver une lettre de liaison et son nom doit y figurer.

<p>QLS_4_1</p>	<p>Si non, indiquer la raison* :</p> <p><i>* information à rechercher dans le dossier patient ou dans la lettre de liaison.</i></p>	<p>Cocher « Refus du patient que soit adressé un courrier au médecin traitant » lorsqu'il est tracé dans le dossier ou dans la lettre de liaison que le patient ne souhaite pas que son médecin traitant soit informé.</p> <p>Cocher « Pas de médecin traitant déclaré » lorsqu'il est tracé dans le dossier ou dans la lettre de liaison que le patient n'a pas de médecin traitant déclaré.</p> <p>Cocher « Aucune de ces 2 situations » lorsqu'aucune justification sur l'absence du nom et des coordonnées du médecin traitant n'est retrouvée dans le dossier ou dans la lettre de liaison.</p>
<p>QLS_5</p>	<p>Identification du patient sur la lettre de liaison</p>	<p>Pour chacun des quatre éléments d'identification suivants,</p> <p>Cocher « Oui » lorsque l'élément est retrouvé sur la lettre de liaison à la sortie analysée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nom de naissance (QLS 5_1) ; ▪ prénom (QLS 5_2) ; ▪ date de naissance (QLS 5_3) ; ▪ sexe (QLS 5_4) ; <p>Cocher « Non » lorsque l'élément n'est pas retrouvé sur la lettre de liaison à la sortie analysée, ou lorsqu'il est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de cocher "oui" à la question à la question QLS 5_1 <u>uniquement</u> si le nom de naissance est retrouvé, quel que soit le sexe. - le nom de mariage et le nom d'usage ne peuvent pas se substituer au nom de naissance. - l'âge n'est pas accepté à la place de la date de naissance.
<p>QLS_6</p>	<p>Date d'entrée et date de sortie</p>	<p>Cocher « Oui » lorsqu'une référence aux dates du séjour est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie : date d'entrée ET date de sortie.</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'il manque au moins une des deux dates du séjour sur la lettre de liaison à la sortie ou lorsque l'information est illisible.</p>
<p>QLS_7</p>	<p>Identification* du signataire de la lettre de liaison</p> <p><i>* Nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone.</i></p> <p><i>Signature électronique acceptée.</i></p>	<p>Cocher « Oui » si on retrouve, sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, l'identité du signataire (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse (postale ou mail) ou téléphone).</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'il manque une des informations exigées sur la lettre de liaison à la sortie (identité et/ou coordonnées) ou lorsqu'elle est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de retrouver l'identité d'au moins un signataire de la lettre de liaison à la sortie. - la lettre de liaison peut être rédigée de façon collégiale par l'équipe de soins (y compris par la sage-femme). - un interne en médecine du service, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste travaillant dans le service peuvent être acceptés comme signataires de la lettre de liaison à la sortie. - la lettre de liaison peut être remise au patient par un des membres de l'équipe de soins. - les signatures électroniques sont également autorisées : en cas d'informatisation de la lettre de liaison, l'identifiant et/ou le mot de passe permettant la connexion du signataire remplace(nt) sa signature. - il est possible d'accepter le téléphone de l'hôpital à la place du téléphone du médecin. Par contre, il convient de retrouver le mail du médecin car il est nécessaire de pouvoir contacter le (les) médecin(s) ayant pris en charge le patient dans le service.

Critères médicaux

Les éléments médicaux suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie	
QLS_9	<p>Le motif d'hospitalisation</p> <p>Cocher « Oui » lorsque le motif d'hospitalisation est retrouvé sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Il s'agit de la (des) raison(s) pour laquelle (lesquelles) le patient a été hospitalisé.</p> <p>Cocher « Non » lorsque l'information n'est pas retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible.</p>

La synthèse médicale du séjour

QLS 10_1	<p>La synthèse* de la prise en charge du patient au cours du séjour</p> <p><i>* Le cas échéant, mentionner un ou plusieurs des 4 éléments suivants s'ils sont présents dans le dossier du patient : événements indésirables associés aux soins, portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins/dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable.</i></p> <p><i>Ces informations seront vérifiées lors du contrôle qualité.</i></p>	<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 associés aux soins, 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>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 ne comporte pas la mention d'un ou plusieurs des 4 éléments suivants malgré leur présence dans le dossier analysé (événements indésirables associés aux soins, 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> <p>Remarque : dans certains cas, le motif d'hospitalisation peut-être identique à la <u>synthèse de la prise en charge</u> au cours du séjour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cas d'un accouchement, il convient d'accepter le motif d'hospitalisation dans le compte rendu d'accouchement ; - dans le cas d'une intervention chirurgicale, il convient d'accepter le motif d'hospitalisation dans le compte rendu opératoire.
QLS 10_2	<p>La synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie</p>	<p>Cocher « Oui » lorsqu'une synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non » lorsque l'information n'est pas retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible.</p> <p>Remarques : i) la synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie peut être sommaire (l'objet d'une phrase), mais doit au minimum rendre compte son état de santé physique ou psychique du patient ; ii) la mention « suites simples » ne suffit pas et il convient de retrouver une phrase/un commentaire justifiant que l'état du patient autorise la sortie médicale.</p>

<p>QLS_12</p>	<p>Les résultats ou les conclusions d'actes techniques ou examens complémentaires réalisé(s) pendant l'hospitalisation</p>	<p>Cocher « Oui » lorsqu'on retrouve au minimum une conclusion ou une information concernant le(s) acte(s) technique(s) ou le(s) examen(s) complémentaire(s) réalisés pendant l'hospitalisation sur la lettre de liaison à la sortie. Il peut s'agir d'établissements présentant des conclusions pour certains examens et des résultats en attente pour d'autres.</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'on ne retrouve pas de conclusion ou d'information concernant le(s) acte(s) technique(s) ou le(s) examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) pendant l'hospitalisation sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Mention d'absence d'acte/examen réalisé » s'il est précisé qu'aucun acte/examen n'a été réalisé pendant l'hospitalisation sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Mention de résultats en attente » s'il est précisé que le(s) résultat(s) d'acte(s) technique(s) ou d'examen(s) complémentaire(s) réalisé(s) pendant l'hospitalisation (est) sont tous en attente sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Remarque : tous les résultats ou les conclusions d'actes/examens sont acceptés en tant qu'informations sur les actes techniques (médicaux, chirurgicaux, invasifs) et examens complémentaires (biologiques et radiologiques) réalisés. Il convient d'analyser uniquement le(s) examen(s) mentionné(s) sur la lettre de liaison à la sortie.</p>
---------------	--	--

Les traitements médicamenteux

QLS 13_2

Traitements médicamenteux* de sortie

**Ordonnance de sortie et/ou prescriptions conditionnelles d'antalgiques.*

Cocher « Prescriptions médicamenteuses retrouvées » si les prescriptions de sorties sont précisées sur la lettre de liaison ou si les ordonnances de sortie sont annexées/agrafées à la lettre de liaison.

Cocher « Absence de prescription médicamenteuse notifiée » s'il est précisé qu'il n'y a pas de prescription à la sortie.

Cocher « Aucune information » lorsqu'on ne retrouve aucune prescription de sortie sur la lettre de liaison à la sortie, ni d'ordonnance de sortie annexée à la lettre de liaison, ou lorsque l'information est illisible.

Remarques :

- les prescriptions médicamenteuses à la sortie peuvent être indiquées soit sur la lettre de liaison à la sortie, soit sur des copies d'ordonnances annexées à la lettre de liaison à la sortie, c'est-à-dire appelées dans le corps de la lettre de liaison (mention de « ordonnances jointes » par exemple) ou agrafées à la lettre de liaison. Les copies d'ordonnances ne sont pas prises en compte si elles sont dans le dossier du patient, mais non annexées à la lettre de liaison à la sortie.

- les médicaments pharmacoradiothérapeutiques (irathérapie, curiathérapie) entrent dans la définition des prescriptions médicamenteuses.

- l'albumine est un médicament mais il n'est pas nécessaire de la tracer dans la lettre de liaison comme un produit sanguin labile (PSL) ou comme un produit dérivé du sang.

<p>QLS 13_3_1 QLS 13_3_2 QLS 13_3_3 QLS 13_3_4</p>	<p>Si Oui à QLS 13_2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux* de sortie</p> <p>* A rechercher sur la lettre de liaison.</p>	<p>Répondre à cette question uniquement si la réponse « Oui » a été cochée à la question QLS 13_2.</p> <p>Pour chacun des quatre éléments d'information suivants,</p> <p>Cocher « Oui » lorsque l'élément est retrouvé sur la prescription, <u>pour chaque médicament</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dénomination des médicaments (QLS 13_3_1) : la dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune doit être indiquée ; ▪ Posologie (QLS 13_3_2) : le dosage unitaire et le rythme d'administration des médicaments doivent être indiqués ; ▪ Voie d'administration (QLS 13_3_3) : pour les produits injectables (voie parentérale), la voie doit être indiquée (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, la voie (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.) doivent être indiquées ; ▪ Durée du traitement (QLS 13_3_4) : elle peut être renseignée selon une durée (ex : « QSP 1 mois », « traitement au long cours », ou bien « en cas de douleur » pour une prescription d'antalgiques) ou un nombre total de médicaments à consommer (« Traitement de 14 comprimés »). <p>Cocher « Non » lorsque l'élément manque, pour au moins un des médicaments sur la prescription ou lorsqu'il est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ces éléments sont à retrouver sur le traitement de sortie indiqué sur la lettre de liaison à la sortie. - si le traitement habituel est détaillé à l'entrée (dénomination, posologie, voie d'administration, durée de traitement), et qu'il est mentionné à la sortie « poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant », même sans le détail des items attendus à la sortie, il convient de cocher « Oui » aux questions QLS 13_3_1, 13_3_2, 13_3_3, 13_3_4.
---	---	--

<p>QLS 13_4</p>	<p>Mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel</p>	<p>Cocher « Oui » s'il est fait mention de la suppression, de la modification ou de la poursuite du traitement habituel sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Cocher « Non » si aucune information n'est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie quant à la suppression, la modification ou la poursuite du traitement habituel du patient.</p> <p>Cocher « Non car patient sans traitement habituel » s'il est mentionné que le patient n'a pas de traitement habituel sur la lettre de liaison à la sortie.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cette question sera prise en compte dans le calcul du critère 11 (traitements médicamenteux) du score QLS pour le recueil national 2019. En effet, la conciliation médicamenteuse et la prise en compte du traitement habituel du patient lors de la prescription à la sortie de l'hôpital sont indispensables à la sécurité de la transition hôpital-ville. - si le traitement habituel est détaillé à l'entrée (dénomination, posologie, voie d'administration, durée de traitement), et qu'il est mentionné à la sortie « poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant », même sans le détail des items attendus à la sortie, il convient de cocher « Oui » à la question QLS 13_4. - le « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie » est un outil qui permet de répondre aux informations demandées par le décret N°2016-965 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison (traitements prescrits à la sortie de l'établissement et traitements arrêtés durant le séjour ainsi que le motif de cet arrêt) et aux informations demandées à l'item QLS 13_4. Se présentant sous la forme d'un tableau, il peut être intégré à la lettre de liaison (en annexe ou agrafé à la lettre de liaison). Le « Volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie » et ses consignes sont téléchargeables au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/volet_medicamenteux_de_la_lettre_de_liaison_a_la_sortie.pdf - le guide « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissements de santé » est téléchargeable au lien suivant : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
<p>QLS _14</p>	<p>Information sur la planification des soins</p>	<p>Cocher « Oui » lorsque qu'une information sur la planification des soins est retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie, de façon lisible, qu'elle soit prévue en amont de l'hospitalisation (ex : programme personnalisé de soins réévalué/à jour...), déjà faite ou à faire par le patient (rendez-vous médicaux (y compris chez le médecin traitant)), examens complémentaires à faire, soins infirmiers ou de rééducation) ou s'il est mentionné que le patient ne nécessite pas de soins immédiats (pas de soins immédiats, aucun suivi dans l'immédiat, suites simples...).</p> <p>Cocher « Non » lorsque l'information n'est pas retrouvée sur la lettre de liaison à la sortie ou lorsqu'elle est illisible, ou si on retrouve une mention d'examens en attente sur la lettre de liaison à la sortie (à aller chercher).</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> -une information sur la planification des soins peut être constituée par la mention d'une vérification de la connaissance du patient sur ses soins à venir, car prévus en amont de l'hospitalisation (« le patient a connaissance de la planification des soins à venir », exemple en cancérologie du PPS). -les soins de rééducation peuvent comprendre la kinésithérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, la psychomotricité, la diététique, l'orthoptie, la podologie... <p>Précision : l'information sur la planification des soins est à rechercher uniquement dans la lettre de liaison à la sortie et non dans le dossier patient, qu'il s'agisse d'une planification programmée ou à venir.</p>

<p>QLS_unique</p>	<p>La lettre de liaison est un document unique (hors annexe)</p> <p><i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i></p>	<p>Cocher « Oui » lorsque la lettre de liaison de ce patient est un document unique (hors annexe).</p> <p>Cocher « Non » lorsque la lettre de liaison ne correspond pas à un document unique et que les éléments requis sont trouvés à différents endroits.</p> <p>Précision : la lettre de liaison à la sortie est un document qui doit favoriser la continuité des soins. Dans l'idéal, ce devrait être un document synthétique pointant les points de vigilance et de suivi et les changements thérapeutiques au cours du séjour en MCO.</p>
-------------------	---	--

Les éléments attendus dans la synthèse médicale de séjour

Précision : la synthèse médicale du séjour doit comporter la mention d'un ou plusieurs des 4 éléments suivants quand il(s) est (sont) retrouvé(s) dans le dossier : i) événements indésirables associés aux soins, ii) portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, iii) administration de produits sanguins/dérivés du sang, iv) pose d'un dispositif médical implantable.

Lors des contrôles qualité du recueil 2019, les médecins inspecteurs vérifieront :

- quand au cours du séjour analysé, un ou plusieurs des 4 éléments suivants est (sont) retrouvé(s) dans le dossier : i) événements indésirables associés aux soins, 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 ;

- que cela figure dans la lettre de liaison. S'il a été coché « oui » alors que des éléments sont manquants, l'inspecteur modifiera la réponse de « oui » par « non », ce qui entrainera une discordance par surcotation.

I) identification de micro-organismes multi-résistants (BMR) ou émergents (BHRé).

La découverte du statut porteur d'une BMR ou d'une BHRé chez un patient peut se faire dans le cadre d'un dépistage ou d'une découverte fortuite. Chaque établissement met en place une politique de dépistage des BMR ou des BHRé qui va dépendre de la politique locale de l'établissement de lutte contre les infections nosocomiales et des recommandations nationales.

Les patients concernés respectivement par le portage des BMR et des BHRé sont décrits dans les recommandations ci-après.

▪ Les recommandations nationales pour la « **Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques** », du 16 mars 2009, indiquent :

1) à l'admission : le dépistage des patients porteurs de BMR à l'admission est indiqué dans les services de court séjour à risque élevé de transmission croisée (réanimation, soins intensifs, secteurs septiques des services de chirurgie et de médecine spécialisée, services des brûlés), c'est à dire ceux où les épidémies peuvent se développer rapidement. Le dépistage, à l'admission, est alors appliqué chez les patients à risque de portage de BMR, c'est à dire ceux qui sont transférés des services à forte incidence de BMR : réanimation-soins intensifs, secteurs septiques des services de chirurgie et de médecine spécialisée, soins de suite, de réadaptation et de longue durée.

2) en cours d'hospitalisation : le dépistage, en cours d'hospitalisation, des patients porteurs de BMR est indiqué dans les services à risque élevé de transmission croisée de BMR en situation épidémique et dans lesquels les précautions d'isolement sont déjà appliquées pour les patients porteurs de BMR identifiés.

Ces patients doivent être isolés et bénéficier d'un dépistage de BMR.

▪ Les recommandations pour la « **Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRé)** », du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique, de juillet 2013 », indiquent :

1) quels sont les patients hospitalisés potentiellement porteurs de BHRé (patients cibles) :

- patient ayant eu dans les 12 derniers mois une hospitalisation de plus de 24 h quel que soit le secteur ou une prise en charge dans une filière de soins spécifique (dialyse) à l'étranger ;
- patient transféré d'un établissement sanitaire français et ayant été en contact avec un patient porteur de BHRé ;
- patient ré-hospitalisé ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été antérieurement connu porteur de BHRé ;
- patient ré-hospitalisé ou admis dans une structure type EHPAD et ayant été au contact d'un cas porteur d'une BHRé.

Ceci concerne l'hospitalisation en cours ou les hospitalisations précédentes dès lors que l'exposition à un patient « cas » s'est produite.

Ces patients doivent être isolés et bénéficier d'un dépistage de BHR.

2) **quels sont les patients contact** : sont considérés comme patients « contact » tous les patients ayant été pris en charge par le(s) même(s) soignant(s) qu'un cas (patient porteur de BHR) avant l'isolement. Ceci concerne l'hospitalisation en cours ou les hospitalisations précédentes dès lors que l'exposition à un patient « cas » s'est produite. Ces patients doivent être isolés et bénéficier d'un dépistage de BHR. Il conviendra de déterminer par la suite si le statut « contact » a été levé.

II) Transfusion ou administration de produits sanguins ou dérivés du sang

Les produits dérivés du sang concernent :

- les produits sanguins labiles (PSL), c'est à dire les culots globulaires, les culots plaquettaires et le plasma ;
- les produits sanguins stables, c'est à dire facteurs de coagulation, les immunoglobulines intraveineuses (IV), l'albumine et la colle biologique.

III) Evènements indésirables associés aux soins

Précision : un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) est un évènement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soin, ou impacte directement le patient dans sa santé. Cet évènement 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/

exemples d'évènements indésirables associés aux soins : chute, réaction allergique, infection, hémorragie, douleur, ...

IV) Pose d'un dispositif médical implantable

Un dispositif médical est un instrument, appareil, équipement, logiciel, matière ou autre article, utilisé seul ou en association, y compris le logiciel nécessaire au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme pour :

- diagnostiquer, prévenir, contrôler, traiter ou atténuer une maladie ;
- diagnostiquer, contrôler, traiter, atténuer ou compenser une blessure ou un handicap ;
- étudier, remplacer ou modifier l'anatomie ou un processus physiologique ;
- maîtriser la conception.

ET dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Un dispositif médical implantable est tout dispositif médical conçu pour être implanté en totalité dans le corps humain par une intervention chirurgicale et destiné à y rester. Il peut aussi s'agir d'un dispositif qui est partiellement introduit dans le corps par une intervention chirurgicale et destiné à y rester pendant au moins 30 jours après l'intervention (ex : l'implant cochléaire).

exemples de dispositifs médicaux implantables : prothèses de hanche, lentilles intraoculaires, implants mammaires, pacemakers, défibrillateurs implantables, implants cochléaires, stents actifs implantés dans le cas d'une dilatation et angioplastie transluminale.

Indicateur 2 : Evaluation et prise en charge de la douleur (PCD)

Au cours du séjour analysé et dans le dossier du patient

PCD_1	Au moins une évaluation de la douleur est tracée	<p>Cocher la modalité de réponse correspondant à l'évaluation de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avec échelle (voir la liste des échelles validées) : utilisation d'une échelle avec ou sans commentaire sur l'état douloureux (ex : EVA = 2/10, EN = 0/10). ▪ Sans échelle : présence de commentaires sur l'état douloureux sans utilisation d'échelle (ex : patient algique, patient douloureux). ▪ Aucune évaluation tracée : pas de commentaire, ni d'utilisation d'échelle.
PCD_2	Au moins une évaluation avec une échelle montre que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge (ex : EVA ≥ 4/10, voir consignes pour les autres échelles)	<p>Cette question ne s'affiche que si la réponse « Avec échelle » a été sélectionnée à la question PCD_1.</p> <p>Cocher « Oui » lorsqu'on retrouve au moins une évaluation avec une échelle montrant que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge durant le séjour.</p> <p>Cocher « Non » lorsqu'on ne retrouve aucune évaluation avec une échelle montrant que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge de la douleur durant le séjour ou lorsque l'information est illisible.</p> <p>Précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Le patient a une douleur nécessitant une prise en charge si :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Echelles d'auto-évaluation : EVS ≥ 2 (échelle de 0 à 4) ; EN(S) / EVA ≥ 4/10 (échelle de 0 à 10 cm) ou EN(S) / EVA ≥ 40/100 (échelle de 0 à 100 mm) ; échelle des visages... - Echelles d'hétéro-évaluation : Doloplus ≥ 5 (échelle de 0 à 30) ; Algoplus ≥ 2 (échelle de 0 à 5) ; ECPA¹ ≥ 4 (échelle de 0 à 32)... - Echelle neuropathique : score DN4 ≥ 4 (score de 0 à 10) / douleur neuropathique ; - Autre échelle validée utilisée par le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). ▪ <u>Le patient n'a pas de douleur nécessitant une prise en charge si :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Echelles d'auto-évaluation : EVS < 2 (échelle de 0 à 4) ; EN(S) / EVA < 4/10 (échelle de 0 à 10 cm) ou EN(S) / EVA < 40/100 (échelle de 0 à 100 mm) ; échelle des visages... - Echelles d'hétéro-évaluation : Doloplus < 5 (échelle de 0 à 30) ; Algoplus < 2 (échelle de 0 à 5) ; ECPA² < 4 (échelle de 0 à 32)... - Echelle neuropathique : score DN4 < 4 (score de 0 à 10) / douleur neuropathique ; - Autre échelle validée utilisée par le CLUD. <p>Remarque : tous les supports d'évaluation de la douleur sont acceptés : papier, informatisé...</p>

¹ ECPA : échelle Comportementale de la douleur chez la Personne Agée.

Si plusieurs évaluations avec une échelle montrent que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge, analyser la 1^{ère} évaluation avec échelle qui montre que le patient a des douleurs pour les deux questions suivantes.

<p>PCD_3</p>	<p>Pour ce patient présentant des douleurs nécessitant une prise en charge, une stratégie de prise en charge* de la douleur a été mise en œuvre</p> <p><i>* moyens médicamenteux ou non médicamenteux</i></p>	<p>Cette question ne s'affiche que si la réponse « Oui » a été sélectionnée à la question PCD_2.</p> <p>Remarque : si plusieurs évaluations montrent que le patient a une douleur nécessitant une prise en charge, analyser la <u>première évaluation de la douleur avec une échelle</u> qui montre que le patient a des douleurs pour les questions suivantes.</p> <p>Cocher « Oui » s'il est retrouvé dans le dossier du patient une stratégie de prise en charge de la douleur, médicamenteuse ou non médicamenteuse et sa mise en œuvre, dans le dossier du patient.</p> <p>Il peut s'agir d'une (ou plusieurs) stratégie(s) de prise en charge de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyens médicamenteux : prescription d'antalgique(s) (corticostéroïdes, anticonvulsant, anti-spasmodiques...) et son (leur) administration, protocole et son administration, thermothérapie² (application de chaud/froid) ; péridurale en obstétrique, tétée, sucrose, contenu en néonatalogie/pédiatrie. - moyens non médicamenteux : acupuncture, réflexologie, musicothérapie, massages, balnéothérapie, hypnose ; jeux en pédiatrie, musicothérapie, ergothérapie, repositionnement du patient, écoute, attention, conversation avec le patient, exercices de respiration/relaxation, yoga, distraction. <p>Cocher « Non » si aucune stratégie de prise en charge de la douleur n'est retrouvée dans le dossier du patient ou lorsque la mise en œuvre n'est pas retrouvée (prescription sans administration, pas de compte rendu (ou d'information) sur la réalisation de la mise en œuvre de moyens « non médicamenteux ») ou lorsque l'information est illisible.</p> <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il convient de retrouver la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur : i) pour les moyens médicamenteux, il est attendu l'administration du (des) médicament(s) ; ii) pour les moyens non médicamenteux, il est attendu un compte rendu de réalisation de la mise en œuvre <u>OU</u> une information sur la réalisation de la mise en œuvre. - il convient de cocher « oui » si la stratégie est déjà mise en œuvre au moment de l'identification de la douleur. <u>ex</u> : le (la) patient(e) est déjà sous traitement lorsque la douleur a été identifiée (ex : prescription anticipée, patient déjà sous antalgique, patiente en auto-gestion en maternité (doliprane, spafon...) ; - il convient de cocher « oui » dans le cas de prescriptions conditionnelles ; - il convient de cocher « oui » si l'absence de mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge de la douleur est justifiée dans le dossier du patient (ex : mention explicite du refus du patient de recevoir une stratégie de prise en charge de la douleur).
--------------	---	--

² technique de traitement de la douleur par la chaleur ou le froid.

PCD_4	Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, une ré-évaluation de la douleur a été réalisée	<p>Cette question ne s'affiche que si la réponse « Oui » a été sélectionnée à la question PCD_3.</p> <p>Cocher la modalité de réponse correspondant à la ré-évaluation de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Avec échelle (voir la liste des échelles validées): utilisation d'une échelle avec ou sans commentaire sur l'état douloureux (ex : EVA = 2/10, EN = 0/10).▪ Sans échelle : présence de commentaires sur l'état douloureux sans utilisation d'échelle (ex : patient algique, patient douloureux).▪ Aucune évaluation tracée : pas de commentaire, ni d'utilisation d'échelle.▪ Patient sorti avant qu'une seconde évaluation soit réalisée : s'il est explicitement mentionné que le patient est sorti, suite à la mise en œuvre de la prise en charge de la douleur, sans qu'une seconde évaluation n'ait été réalisée.
-------	---	---

GRILLE DE RECUEIL DES INDICATEURS DE PROCESSUS EN MCO

Identification - structure		
FINESS	Numéro FINESS enquêté	□□□□□□□□
RS	Nom de l'établissement enquêté	_____
Identification - niveau interne à la structure		
Service	Service (ou pôle)	□□□□
Identification - tirage au sort et date de saisie		
D_Saisie	Date de la saisie	□□ / □□ / □□□□
NumTAS	Numéro du tirage au sort	□□□
Identification - caractéristiques du séjour patient		
DPA_6	Séjour	<input type="radio"/> 1. Mono RUM <input type="radio"/> 2. Multi RUM
GHM	Groupe homogène de malades (GHM)	□□□□
Soin_MCO	Activité de soins MCO	<input type="radio"/> 1. Médecine <input type="radio"/> 2. Chirurgie <input type="radio"/> 3. Obstétrique <input type="radio"/> 4. Non attribuée
Age	Age du patient à la date d'entrée du séjour	□□□
Sexe	Sexe du patient	<input type="radio"/> 1. Masculin <input type="radio"/> 2. Féminin
D_Finsej	Date de fin du séjour MCO	□□ / □□ / □□□□
DureeSej	Durée du séjour	□□□
Identification - caractéristiques du dossier à analyser		
DPA_13	Dossier	<input type="radio"/> 1. Retrouvé et analysable <input type="radio"/> 2. Retrouvé avec incohérence PMSI (séjour < 1 jour, GHM) <input type="radio"/> 3. Dossier retrouvé mais le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées <input type="radio"/> 4. Dossier non retrouvé <input checked="" type="radio"/> 5. Patient sorti contre avis médical
DInformatise	Dossier informatisé	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Partiellement
DPA_15	Si informatisation partielle, préciser le (les) élément(s) informatisé(s) pour chaque séjour analysé	
DINF_OBS_MED	Observations médicales	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
DINF_RES_EXAM	Résultats des examens complémentaires	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non applicable
DINF_LETTRE_LIAISON	Lettre de liaison remise à la sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
DINF_DOSSIER_SOINS	Dossier de soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
DINF_DOSSIER_ANESTHESIQUE	Dossier anesthésique	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Non applicable

Information complémentaire (critère d'exclusion spécifique pour QLS)		
DPA_Sortie	Le patient est sorti à domicile	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non (exclusion de l'indicateur QLS)
Indicateur 1 : Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS)		
QLS_1	Lettre de liaison à la sortie retrouvée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2	Lettre de liaison datée	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_2_1	Si Oui, noter cette date (JJ/MM/AAAA) ?	□□ / □□ / □□□□
Critères médico-administratifs		
QLS_3	Trace de la remise de la lettre de liaison au patient* <i>*Patient, ou son représentant légal - parent de mineur ou tuteur d'un adulte sous tutelle - ou personne de confiance. Information à rechercher dans le dossier patient ou dans la lettre de liaison.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_3_1	Si non, le patient a refusé de recevoir la lettre de liaison (refus tracé dans le dossier)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Les éléments médico-administratifs suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie :		
QLS_4	Identification* du médecin traitant dans la lettre de liaison <i>*nom ET adresse - postale ou électronique.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_4_1	Si non, indiquer la raison :	<input type="radio"/> 1. Refus du patient que soit adressé un courrier au médecin traitant <input type="radio"/> 2. Pas de médecin traitant déclaré <input type="radio"/> 3. Aucune de ces deux situations
QLS_5	Identification du patient dans la lettre de liaison	
QLS_5_1	Nom de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_2	Prénom	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_3	Date de naissance	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_5_4	Sexe	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_6	Date d'entrée et date de sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_7	Identification* du signataire de la lettre de liaison <i>*Nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone. Signature électronique acceptée.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non

Critères médicaux

Les éléments médicaux suivants sont tracés sur la lettre de liaison à la sortie

QLS_9	Le motif d'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
La synthèse médicale du séjour		
QLS 10_1	La synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour* <i>* Le cas échéant, mentionner un ou plusieurs des 4 éléments suivants s'ils sont présents dans le dossier du patient : événements indésirables associés aux soins, portage/identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, administration de produits sanguins/dérivés du sang, pose d'un dispositif médical implantable. Ces informations seront vérifiées lors du contrôle qualité.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 10_2	La synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_12	Les résultats ou les conclusions d'actes techniques ou examens complémentaires réalisé(s) pendant l'hospitalisation	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 2. Non <input type="radio"/> 3. Mention d'absence d'acte/examen réalisé <input type="radio"/> 4. Mention de résultats en attente
Les traitements médicamenteux		
QLS 13_2	Traitements médicamenteux* de sortie <i>* Ordonnance de sortie et/ou prescriptions conditionnelles d'antalgiques.</i>	<input type="radio"/> 1. Prescriptions médicamenteuses retrouvées <input type="radio"/> 2. Absence de prescription médicamenteuse notifiée <input type="radio"/> 3. Aucune information
QLS 13_3	Si Oui à QLS 13-2, éléments retrouvés sur les traitements médicamenteux* de sortie : <i>* A rechercher sur la lettre de liaison.</i>	
QLS 13_3_1	Dénomination des médicaments	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_2	Posologie	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_3	Voie d'administration	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_3_4	Durée du traitement	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS 13_4	Mention de la suppression, de la modification, ou de la poursuite du traitement habituel	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non <input type="radio"/> 3. Non car patient sans traitement habituel
QLS_14	Information sur la planification des soins	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
QLS_unique	La lettre de liaison est un document unique (hors annexe) <i>Cette question porte sur le format du document étudié pour répondre aux questions précédentes. Elle n'entre pas dans le calcul du score.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Indicateur 2 : Evaluation et Prise en charge de la douleur (PCD)		
Au cours du séjour analysé et dans le dossier du patient		
PCD_1	Au moins une évaluation de la douleur est tracée	<input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées) <input type="radio"/> 2. Sans échelle <input type="radio"/> 3. Aucune évaluation tracée

PCD_2	Au moins une évaluation avec une échelle montre que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge (ex : EVA \geq 4/10, voir consignes pour les autres échelles)	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
Si plusieurs évaluations avec une échelle montrent que le patient a des douleurs nécessitant une prise en charge, analyser la 1^{ère} évaluation avec échelle pour les questions suivantes		
PCD_3	Pour ce patient présentant des douleurs nécessitant une prise en charge, une stratégie de prise en charge* de la douleur a été mise en œuvre <i>* moyens médicamenteux ou non médicamenteux.</i>	<input type="radio"/> 1. Oui <input type="radio"/> 0. Non
PCD_4	Suite à la mise en œuvre de cette stratégie, une ré-évaluation de la douleur a été réalisée	<input type="radio"/> 1. Avec échelle (voir la liste des échelles validées) <input type="radio"/> 2. Sans échelle <input type="radio"/> 3. Aucune évaluation tracée <input type="radio"/> 4. Patient sorti avant qu'une seconde évaluation soit réalisée