

« Qualité de la lettre de liaison (= CRH) en hospitalisation > 1 jr »

Les 2 premiers critères indispensables sont :

1 - Le CRH doit être retrouvé dans le dossier du patient.

2 - le CRH doit être passé au statut « Envoyé » le jour de la sortie du patient (car le document devient alors non modifiable et est donc considéré comme définitif)

ATTENTION : pour l'analyse des indicateurs HAS, si le CRH ne part pas le jour de la sortie, le score de qualité global du document de sortie sera nul pour ce CRH, même si le contenu est exhaustif.

Ensuite : Il sera conforme si on y retrouve l'exhaustivité des critères suivants (valables pour tous les secteurs d'hospitalisation complète, en médecine, chirurgie ou obstétrique, et quelle que soit la durée de séjour) :

6 critères administratifs :

3 Trace de la remise de ce document au patient à la sortie.

= « CRH remis au patient le jour de sa sortie »

4 - Nom ET coordonnées du MEDECIN TRAITANT

5 - Identification du patient :

Nom de NAISSANCE

ET prénom

ET date de naissance

ET sexe

6 - Date d'entrée ET date de sortie (= date d'envoi au médecin traitant)

7 - Nom et coordonnées du signataire du document :

= nom ET service ET hôpital ET adresse (postale ou mail) ou téléphone (= en-tête du CRH)

6 critères médicaux :

8 - Motif de l'hospitalisation.

9 - Synthèse médicale du séjour :

Synthèse du séjour = **EVOLUTION** dans le service (avec la traçabilité des risques liés à l'hospitalisation)

Dont :

- Information sur **le statut de portage/contact d'une BMR/BHRe**

- La trace de la mise en place effective des précautions complémentaires contact par l'équipe soignante
ET
- La trace de l'information au patient ou à l'entourage du statut porteur ou infecté par un microorganisme nécessitant la mise en place de précautions complémentaires contact

- Information sur **transfusion ou administration de PSL et/ou produits dérivés du sang**

ATTENTION :

- Remplace transfusion seule : oui / non

- Concerne PDS **labiles et stables** c'est-à-dire CG, CP, albumine mais aussi les IgIV, etc...

- **Information sur la pose d'un DMI** (dispositif médical implantable)

- **Information sur la survenue d'un évènement indésirable lié aux soins**

(Définition d'un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) : c'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.)

NB : En chirurgie le terme « suites simples » est NON VALIDE pour l'HAS ; ce qu'ils veulent c'est « une phrase/un commentaire justifiant que l'état du patient autorise la sortie médicale.

➔ Ex : « L'intervention s'est déroulée sans complication et l'état du patient permet sa sortie médicale ».

ET

- **Synthèse de la situation clinique à la sortie = CONCLUSION de sortie**

10 - Actes techniques, examens complémentaires et biologiques : au moins un résultat (et préciser si des résultats sont en attente) **ou sinon tracer par écrit qu'aucun examen n'a été réalisé.**

11 - Traitements médicamenteux :

Trace du traitement à l'entrée : au moins la liste des médicaments

Trace du traitement de sortie.

➔ Traitement de sortie contient les critères suivants :

Dénomination des médicaments en nom commercial ou DCI,

ET **Posologie** (dosage et rythme d'administration),

ET **Voie d'administration** :

- pour les produits injectables, la voie doit être indiquée (IV – SC - IM, etc...)
- pour les autres voies d'administration : indiquer la voie ou la forme galénique si celle-ci suffit à préciser la voie d'administration.

ET **Durée du traitement**

OU : « *Poursuite du traitement habituel jusqu'à la prochaine consultation avec le médecin traitant* » **SSI le traitement habituel à l'entrée est détaillé (cf ci-dessus) sur le CRH**

OU préciser si absence de traitement de sortie.

ET - Mention des traitements arrêtés ou modifiés pendant le séjour

12 -Suites à donner, planification de soins : informations sur les RDV (y compris chez le médecin traitant ; ex : « RAD et reverra son médecin traitant dans les 7 jours »), la prise en charge sociale, les conseils HD, les recommandations particulières, le programme personnalisé de soins, les examens à réaliser en externe, etc...

S'il n'y a pas besoin de soins immédiats, d'examens ou de rendez-vous à la suite de l'hospitalisation, ceci doit être tracé et mentionné dans ce document de sortie.