



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
SPÉCIALISTES  
DU QUÉBEC

## M É M O I R E

### DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC

**Loi modifiant la Loi sur les services de santé  
et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire  
de services de santé et de services sociaux**

**Présenté à la**

**Commission des affaires sociales**

**Le 3 décembre 2002**

**L'accessibilité aujourd'hui... pour la vie !**  
*Votre médecin spécialiste*

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	3
REMARQUES GÉNÉRALES .....	3
OBJECTIFS DU PROJET DE LOI .....	3
DÉFINITION DES TERMES .....	3
SITUATION ACTUELLE .....	4
ASSURER LA PROTECTION DES PERSONNES IMPLIQUÉES.....	5
PROCESSUS DE DÉCLARATION .....	6
PROCESSUS DE DIVULGATION AU PATIENT OU INFORMATION DU PATIENT .....	6
REMARQUES SPÉCIFIQUES	
Article 2.....	6
Article 7.....	7
Article 8.....	7
Article 9.....	8
CONCLUSION.....	9
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXE 1	

## **INTRODUCTION**

La Fédération des médecins spécialistes remercie la Commission parlementaire des affaires sociales de l'occasion qui lui est offerte de s'exprimer sur le projet de loi 113, loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*.

La Fédération des médecins spécialistes du Québec regroupe 34 associations de médecins spécialistes représentant toutes les disciplines médicales, chirurgicales et de laboratoire exercées au Québec. Au total, 7500 médecins spécialistes sont membres des Associations affiliées à la Fédération.

La mission de la Fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres; cette mission ne peut s'accomplir pleinement sans une participation aux décisions entourant l'organisation des soins de santé. Rappelons que 96 % des médecins spécialistes œuvrent en milieu hospitalier et se sentent donc interpellés par toute législation touchant l'organisation des soins médicaux en établissement.

## **REMARQUES GÉNÉRALES**

La Fédération souhaite faire part aux membres de la Commission de certains commentaires généraux suite à l'étude du projet de loi 113 et de certains principes qui doivent nous guider dans le cadre de son adoption. Nous tenons à souligner que notre étude et notre compréhension du projet de loi 113 n'auraient pas été possibles sans la lecture du rapport du Comité ministériel remis à M<sup>me</sup> Pauline Marois en février 2001 et intitulé : *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé – La gestion des risques, une priorité pour le réseau*. Mais même à la lumière du rapport du comité ministériel, des interrogations persistent et des points sont à clarifier.

## **OBJECTIFS DU PROJET DE LOI**

Les deux grands objectifs poursuivis par le projet de loi sont des plus louables et nous ne pouvons qu'y souscrire. Nous reconnaissons le bien-fondé du législateur de vouloir «assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux» et de consacrer le droit de l'usager d'être informé. Le développement et la promotion de moyens visant à assurer le confort, la santé et la sécurité des patients sont primordiaux : les médecins y contribuent d'ailleurs largement par leurs programmes de formation continue et par le biais du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, chargé de la surveillance de la qualité de l'acte médical dans l'établissement. Nous approuvons le principe d'une gestion de la qualité par amélioration continue. Nous reconnaissons également le droit du patient à l'information, d'ailleurs défini par l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*.

Toutefois, ces objectifs peuvent être atteints sans l'introduction de l'ensemble des dispositions contenues au projet de loi, ce sur quoi porteront nos commentaires dans le présent mémoire.

## **DÉFINITION DES TERMES**

Accidents évitables, *incident*, *accident*, *effets indésirables*, de quoi s'agit-il? L'absence de définition de ces termes, utilisés dans le projet de loi 113, pose problème.

Le rapport du Comité ministériel constate que ni la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ni le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* ne définissent le mot accident; le rapport du Comité ministériel ajoute : «une description approximative de la réalité que recouvre ce mot peut cependant être déduite du formulaire servant à la rédaction du *Rapport d'incident / accident (AH-223)*

que le personnel, selon les politiques et procédures en vigueur, est invité à remplir quand surviennent certains événements fâcheux susceptibles de mettre en cause la responsabilité de l'établissement»<sup>1</sup>. Or le projet de loi 113 ne définit pas plus les termes incident / accident qu'il propose de déclarer; de plus, il introduit sans le définir à l'article 183.2 le terme effets indésirables.

Ce terme *effets indésirables* est tiré du rapport du Comité ministériel où il n'est pas plus défini, mais où il est écrit qu'il correspond aux *adverse events* de la littérature anglo-saxonne, également «*désignés par le mot iatrogénique*»<sup>2</sup>. Or «iatrogène» signifie : «*qui est provoqué par le médecin*»<sup>3</sup>. Pour les médecins, iatrogénique est tout résultat, habituellement non désiré, engendré par une de leurs actions ou un médicament qu'ils auront prescrit.

Ceci nous amène à nous poser la question suivante : le projet de loi 113 vise-t-il à inclure les complications opératoires ou toute autre complication découlant d'une prestation de soins par les médecins? Il appert que c'est le cas puisque la simple référence au mot « accident » entraîne ce résultat. En effet, le rapport du Comité ministériel dit que «*que le mot accident doit inclure non seulement les événements fâcheux qui surviennent de façon fortuite au cours de la prestation d'un service, mais également tous les effets indésirables liés à une forme quelconque d'intervention*»<sup>4</sup>. Au paragraphe suivant, le rapport du Comité ministériel précise cependant que le qualificatif *évitable* exclut «les risques que comportent certaines interventions chirurgicales - dont on sait que leur niveau de complexité s'élève constamment, risques souvent exprimés en pourcentages et dont le patient a été dûment informé. On ne saurait ainsi qualifier d'évitable le fait que le risque se réalise, dans la mesure évidemment où l'intervention (examens, prélèvements, traitements) aurait été faite dans le respect des règles convenues.»<sup>5</sup>

Ainsi, dans l'esprit du rapport du Comité ministériel, les effets indésirables reliés à tout acte médical ou chirurgical, connus sous le nom de risques inhérents, seraient exclus de la déclaration obligatoire. C'est ce que nous demandons. Nous croyons qu'il importe donc de modifier le projet de loi en conséquence. Ces effets indésirables ou risques inhérents sont déjà consignés au dossier du malade, inscrits dans une section réservée à cet effet, et peuvent faire l'objet d'une étude par le Comité de l'acte médical; ils n'ont pas à être rapportés au gestionnaire de risques au même titre que les accidents évitables tels un plancher glissant ou une erreur d'étiquetage de prélèvement de spécimens de laboratoire. Le projet de loi 113 ne réfère jamais aux accidents évitables : il devrait cependant s'y consacrer, car aux dires du rapport du Comité ministériel, ils sont liés au système et seraient la cause de la grande majorité des accidents rapportés dans les établissements. D'ailleurs la proposition 7 du rapport du Comité ministériel se lit comme suit : «*Que la loi ... fasse obligation à tout établissement de prévoir à son plan d'organisation... un dispositif multidisciplinaire de gestion des risques ayant pour objet précis de réduire l'incidence des accidents évitables liés à la prestation des services.*»<sup>6</sup>

## SITUATION ACTUELLE

Le rapport du Comité ministériel indique que les accidents en milieu de santé ne sont pas des faits isolés; que «*15 % des accidents sont dus à une responsabilité strictement individuelle alors que 85 % des accidents sont causés par le système (organisation, processus ou ressources)*»<sup>7</sup>; que les rapports actuels

---

<sup>1</sup> Rapport du Comité ministériel du MSSS. *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé - La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, p. 15

<sup>2</sup> Ibid. p. 16

<sup>3</sup> Le Petit Robert, p. 1255

<sup>4</sup> Ibid., p. 16

<sup>5</sup> Ibid., p. 16

<sup>6</sup> Ibid, p. 89

<sup>7</sup> Ibid, p. 8

d'incident / accident sont le plus souvent remplis par les infirmières, les accidents les plus fréquents étant les chutes et les erreurs de médication. Il rappelle qu'actuellement : «*il revient au médecin de gérer lui-même les actes problèmes – complications, morbidité, mortalité – liées aux interventions faites sous sa responsabilité*»<sup>8</sup>.

Rappelons qu'en établissement, la pratique du médecin est déjà bien encadrée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et ses comités, dont le Comité des archives, le Comité de d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (supervisant la revue des dossiers des morbidités et mortalités), les Comités de prévention et contrôle des infections, de pharmacologie, de radioprotection, de médecine transfusionnelle, de bioéthique, d'enseignement et perfectionnement professionnel, en plus des visites d'inspection des Conseils d'agrément des établissements de santé (canadien et québécois). Dans ce cadre de pratique, le médecin consigne au dossier de son patient les renseignements pertinents à la prise en charge du patient, incluant les *effets indésirables*; il y joint le protocole opératoire de toute intervention, incluant les complications le cas échéant; lorsque le patient reçoit son congé de l'établissement, le médecin traitant complète la page frontispice du dossier, appelée *Feuille sommaire – C.H. de courte durée / AH-109-2 / rév. 98-10* (Annexe 1) sur laquelle se retrouvent quatre sections pouvant faire l'objet d'une codification, à savoir : diagnostic principal, autres diagnostics et problèmes, complications et traitement. Par la suite, le dossier du patient est transmis au service des archives pour y être conservé. Préalablement à son classement, les archivistes médicales vérifient si le dossier est complet, font les rappels nécessaires au besoin, et codifient chacune des informations contenues sur la feuille sommaire, incluant les complications.

Ainsi, nous demandons que le projet de loi n'impose pas au médecin une deuxième déclaration des «*incidents / accidents ou effets indésirables*» reliés à la prestation des soins: il nous apparaît inutile de dupliquer un système déjà en place et fonctionnel. Nous comprendrions très bien que le projet de loi vise plutôt à assurer des ressources humaines, financières et matérielles permettant de mieux traiter, mieux gérer et mieux utiliser une information déjà existante mais vraisemblablement sous utilisée. Et contrairement à ce que préconise le rapport du comité ministériel, nous ne croyons pas nécessaire la création d'un nouveau formulaire de rapport d'accident / incident que le médecin aurait à remplir en plus du dossier du patient et via lequel il aurait à aviser le directeur général de tout incident / accident ou effet indésirable touchant son patient. La direction générale de tout établissement peut obtenir ces informations en demandant un rapport périodique à son service des archives médicales, qui serait rédigé à partir de la feuille sommaire des dossiers des patients.

## **ASSURER LA PROTECTION DES PERSONNES IMPLIQUÉES**

Le rapport du Comité ministériel insiste sur le fait qu'il faut instituer une culture d'un processus de qualité en amélioration constante et que : «*la culture actuelle composée d'une part d'opacité, de fausse pudeur, de gêne et parfois même de négation et, d'autre part, de culpabilisation, de mesures punitives et de blâmes doit céder la place à une culture de transparence, de communications ouvertes, de franchises discussions, et cela dans la plus grande confiance mutuelle.*»<sup>9</sup> Cette responsabilisation et collaboration nécessaires à l'atteinte des objectifs visés seront favorisées par la confidentialité du contenu du dossier de gestion des risques et par la protection des personnes impliquées. Les rapports périodiques produits par le gestionnaire de risques et par le service des archives médicales devraient présenter préférablement des données dépersonnalisées. Nous présenterons des commentaires plus spécifiques concernant l'article 183.3 de façon à assurer cette protection.

---

<sup>8</sup> Ibid, p. 16

<sup>9</sup> Ibid, p. 10

## **PROCESSUS DE DÉCLARATION**

Dans la recherche de l'atteinte des objectifs, il importe toutefois d'éviter de mettre en place un processus qui pourrait affecter le travail en équipe des professionnels de la santé et des autres intervenants qui œuvrent dans le réseau et ainsi engendrer divers problèmes dans la prestation des soins aux patients. Nous devons donc rejeter d'emblée le recours à l'**obligation de délation** (...doit déclarer...dont il a eu connaissance...) que privilégie ce projet de loi. Ceci n'aura pour effet que de créer des situations conflictuelles entre les divers intervenants et ne contribue en rien à l'atteinte des objectifs recherchés. Cette approche doit donc être retirée et nous y reviendrons plus loin dans le cadre de nos commentaires spécifiques. À noter que le retrait du projet de loi de l'obligation de délation n'interdira pas une délation volontaire, toujours possible même si elle est rarement souhaitable. Notons enfin que chaque professionnel de la santé et chaque employé d'un établissement travaille sous un supérieur hiérarchique qui a la responsabilité de contrôler la qualité du travail des membres de son équipe et qui peut rapporter tout incident / accident survenu dans son secteur de juridiction hiérarchique.

## **PROCESSUS DE DIVULGATION AU PATIENT OU INFORMATION DU PATIENT**

Les dispositions de ce projet de loi ne doivent pas avoir pour effet d'affecter la relation privilégiée qui existe entre le médecin et son patient ou remettre en question la confiance de ce dernier envers son médecin. La relation médecin-patient, c'est la rencontre d'une confiance et d'une conscience. Le projet de loi doit donc s'harmoniser avec les obligations déontologiques qui incombent déjà aux médecins concernant la divulgation d'accidents ou d'incidents<sup>10</sup>. Ceci fait en sorte que la divulgation aux patients doit demeurer du ressort du médecin lorsqu'il est question d'accidents ou d'incidents découlant de services qu'il a lui-même dispensés. Nous y reviendrons dans les commentaires spécifiques de l'article 9 – 235.1.

La proposition 5 du rapport du Comité ministériel se lit : « *Que la ministre presse les ordres professionnels de la santé de modifier leur code de déontologie respectif afin que soit reconnu comme acte dérogatoire le fait pour un professionnel de dissimuler une erreur qu'il a commise ou dont il a été témoin.* »<sup>11</sup> Dans le cas des médecins, rappelons que l'article no 56 dont il est souvent fait mention est nouveau et maintenant contenu dans le *Code de déontologie des médecins*, dont la dernière version a été adoptée par le Collège des médecins du Québec, approuvée par le gouvernement du Québec et est entrée en vigueur le 7 novembre 2002.

## **REMARQUES SPÉCIFIQUES**

### **Article 2**

Cet article qui pose les bases du droit à l'information du patient doit être en lien avec l'obligation de divulgation qui repose déjà sur les épaules des médecins en vertu de l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*. En effet, celui-ci prévoit que la divulgation au patient doit se faire pour un accident ou un incident susceptibles d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur «son état de santé ou son intégrité physique» alors que le projet de loi parle plutôt de «son état de santé ou son bien être». Il y aurait donc lieu d'uniformiser les deux textes afin d'éviter l'application d'un double standard pour les médecins.

Également, nous devons nous questionner sur la nécessité de prévoir l'information du patient eu égard aux mesures prises pour prévenir la récurrence d'un accident ou incident. Il s'agit là en effet de mesures qui ne touchent plus le patient lui-même mais qui concernent tous les patients en général et l'obligation d'information à cet égard peut être lourde à rencontrer au niveau administratif.

---

<sup>10</sup> *Code de déontologie des médecins*, article 56, p. 5

<sup>11</sup> *Ibid.*, p. 88

## Article 7

Nos commentaires sont de trois ordres.

D'abord, en ce qui a trait aux fonctions du Comité de gestion de risques, la fonction apparaissant à l'article 183.2 (2°) doit être mieux définie. En effet, on peut se questionner sur la portée de la référence à « réduire l'incidence des effets indésirables. » D'abord cette rédaction entraîne diverses interprétations en raison de l'utilisation de termes ambigus que l'on ne retrouve pas ailleurs dans le projet de loi et qui ne sont pas définis. Nous proposons donc de la reformuler de la façon suivante :

### **2° « à prévenir la survenance ou la récurrence d'accident ou d'incident liés à la prestation des services de santé et des services sociaux ».**

De plus, nous sommes d'avis que le Comité de gestion des risques devrait également avoir pour fonction de recevoir les déclarations d'accident ou d'incident en lieu et place du directeur général. Nous aborderons cette question plus loin dans le cadre de nos commentaires sur l'article 8.

Troisièmement, en ce qui a trait à l'article 183.3, il importe de s'assurer que la divulgation d'un accident ou incident n'aura pas d'effet préjudiciable pour les personnes impliquées dans cet accident ou incident à défaut de quoi l'objectif de la loi ne pourra être atteint. Ainsi, quoique la rédaction proposée s'adresse à cette problématique, il faut s'assurer que tous les éléments soient couverts. Or, des précisions additionnelles apparaissent requises aux fins suivantes :

- Afin d'assurer la protection de la déclaration initiale d'accident ou d'incident et non seulement des déclarations et réponses faites dans le cadre des activités de gestion de risques;
- Afin d'assurer la protection de la personne impliquée non seulement eu égard aux déclarations ou réponses qu'elle a elle-même faites, mais eu égard à toutes déclarations ou réponses qui auraient pu être faites par toute personne;
- Afin d'assurer la protection de la personne impliquée devant toute instance sans exception. Or, à ce niveau, la référence à une personne ou organisme exerçant des fonctions juridictionnelles n'apparaît pas suffisamment large. En effet, ne s'y trouve pas inclus le Conseil d'administration de l'établissement, lequel peut être appelé à appliquer des mesures disciplinaires à l'endroit d'un médecin. Il importe donc de viser également les instances administratives;
- Afin d'assurer la confidentialité du dossier de gestion de risques et non seulement la non-utilisation des éléments de ce dossier pour des fins de responsabilité civile;
- Afin de prévoir que cette confidentialité s'applique non seulement à des fins de responsabilité civile mais pour toutes fins pouvant être préjudiciables à la personne impliquée.

## Article 8

Nos commentaires sont de quatre ordres.

D'abord, nous réitérons à nouveau la nécessité de faire disparaître du texte de l'article 233.1, toute référence ayant pour effet d'obliger la délation. Il s'agit d'une avenue contre-productive qui entraînera des conséquences fâcheuses et qui se répercutera sur le travail en équipe et la collaboration qui est nécessaire entre les divers intervenants en santé. De plus, ceci pourrait prêter flanc à la menace, au chantage ou à diverses tractations qui ont toutes pour effet de nous éloigner de l'objectif visé par la loi. Également, cette obligation pourrait entraîner diverses dénonciations inutiles et ce en raison de l'appréciation subjective de la situation en cause. En effet, sur quels critères une personne doit se fonder pour conclure qu'un événement quelconque constitue un accident ou un incident susceptible d'entraîner

ou ayant entraîné des conséquences significatives sur l'état de santé ou le bien être d'un usager? Dans le cas d'un acte médical, qui d'autre que le médecin peut déterminer qu'une complication quelconque peut avoir cet effet? Il importe donc de remplacer la référence à « tout incident ou accident dans lequel il a été impliqué ou dont il a eu connaissance » par « **tout incident ou accident découlant de services qu'il a lui-même rendus** ».

Deuxièmement, le médecin ne doit pas être visé par cette obligation de déclaration au directeur général. En effet, tel que décrit précédemment dans les remarques générales, cette déclaration se fait déjà dans le dossier du patient et dans la feuille sommaire. Cet article doit donc être modifié pour prévoir que le médecin n'y est pas sujet ou qu'il est présumé satisfaire à cette obligation de par l'inscription qu'il en fait au dossier du patient et à la feuille sommaire.

Troisièmement, nous sommes d'avis que l'implication du directeur général de l'établissement ou, à défaut, de la personne exerçant la plus haute autorité pour un établissement, n'a pas sa raison d'être. Il s'agit plutôt d'une responsabilité qui devrait être dévolue au Comité de gestion de risques. En effet, l'intervention d'un autre intervenant, en l'occurrence le directeur général, ne peut qu'affecter le processus de déclaration. De plus, la personne impliquée ne dispose alors pas de la protection prévue à l'article 183.3.

Quatrièmement, nous ne pouvons pour les mêmes raisons exiger que la Régie régionale soit avisée spécifiquement de chaque accident ou incident survenus. L'information de la Régie régionale doit plutôt être périodique et générale; elle s'effectue par le biais du rapport annuel du Conseil d'administration de chaque établissement. L'article 10 du projet de loi (article 278) prévoit d'ailleurs que «...les activités relatives à la gestion des risques » sont incluses dans le rapport annuel qu'un établissement doit fournir à la Régie régionale et au ministère. Ainsi, nous demandons le retrait du deuxième paragraphe de l'article 8 : «233.1 Aussitôt informé...régie régionale.»

## **Article 9 – Article 235.1**

Les règles relatives à la divulgation à un usager doivent respecter la relation privilégiée de confiance qui prévaut entre le médecin et son patient. Ainsi, concernant le processus de divulgation :

- A) À l'égard d'un accident ou incident survenus au cours de la prestation de services médicaux par le médecin lui-même, l'intervention d'une personne autre que le médecin du patient nuirait à cette relation de confiance. Rappelons que l'article 56 du *Code de déontologie des médecins* (L.R.Q., c. C-26, a. 87; 2001, c. 78, a.6) se lit : « *Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication susceptibles ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.* »
- B) À l'égard de tout autre accident ou incident survenu au cours de la prestation de services médicaux par une personne autre que le médecin, le médecin traitant du patient sera fréquemment la personne la mieux qualifiée pour expliquer à son patient qu'il a été la victime d'un incident ou accident, par exemple d'une erreur d'administration de médicaments. En d'autres circonstances où le médecin traitant ne se sentira pas directement impliqué, il se peut qu'il juge qu'il ne lui appartient pas d'informer lui-même son patient mais devrait néanmoins être informé de la survenue de l'incident / accident. Il est en effet fort désagréable pour un médecin traitant d'apprendre de la bouche de son patient l'incident / accident dont celui-ci a été victime.

Nous proposons donc le mécanisme de divulgation suivant :

- à l'égard d'un accident ou incident survenus au cours de la prestation de services médicaux par le médecin lui-même, le médecin divulgue lui-même l'information à son patient, conformément à l'article 56 du *Code de déontologie des médecins*;



- à l'égard de tout autre accident ou incident survenus au cours de la prestation de services médicaux par une personne autre que le médecin, l'établissement a l'obligation d'en aviser le plus tôt possible le médecin traitant qui a alors la prérogative d'en informer personnellement son patient; au cas où le médecin traitant n'exerce pas cette prérogative, il revient alors au gestionnaire de risques ou à une autre personne désignée par l'établissement d'en informer le patient.

## **CONCLUSION**

La Fédération des médecins spécialistes du Québec souscrit au concept de la gestion de la qualité par l'amélioration continue et aux objectifs du projet de loi. Elle ne croit pas qu'une obligation de délation soit le moyen d'y parvenir. Elle croit que la collecte des données via le Rapport d'incident / accident (AH223) actuel permet déjà aux établissements de recueillir une somme considérable d'informations dont un meilleur traitement par un gestionnaire de risques permettrait de tendre vers les objectifs du projet de loi 113. Pour ce qui est des actes posés par les médecins, la Fédération souhaite que le projet de loi ne les oblige pas à dupliquer des règles déjà existantes. Le projet de loi devrait tendre davantage vers l'objectif de la proposition 7 du rapport de Comité ministériel : « Que la Loi... fasse obligation à tout établissement de prévoir à son plan d'organisation... un dispositif multidisciplinaire de gestion des risques ayant pour objet précis de réduire l'incidence des accidents *évitables* liés à la prestation des services .»<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Ibid., p. 89

## BIBLIOGRAPHIE

Assemblée nationale, Projet de loi n<sup>o</sup> 113, *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux*, Éditeur officiel du Québec, 2002

MSSS, Comité ministériel, *Les accidents évitables dans la prestation des soins de santé, La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, Québec, février 2001, 130 pages

Rey-Debove J., Rey A. *Le Nouveau Petit Robert*, dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, juin 2000

ANNEXE 1

Feuille sommaire AH 109 2 (rév.98-10)

FEUILLE SOMMAIRE		CONFIDENTIEL	
Centre hospitalier de courte durée		NOTES COMPLÉMENTAIRES	
Établissement			
Cause immédiate du décès			
<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Autopsie	Date du départ		
Don d'organe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Diagnostic principal		Code	
Autres diagnostics et problèmes			
Complications			
Traitement : médical, chirurgical, obstétrical _____ _____ _____			
		Produits sanguins ou dérivés Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Examens spéciaux			
Orientation de l'utilisateur			
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Autre établissement _____ _____ _____		Nom de l'établissement	
ADRESSER UNE PHOTOCOPIE DE LA FEUILLE SOMMAIRE OU RÉSUMÉ À : { _____ _____ _____ }		N.B. : Sauf pour le médecin traitant l'autorisation de l'utilisateur est obligatoire.	
Signature du médecin traitant		Date	
N° permis		Année Mois Jour	
		Notes complémentaires au verso	

NOTES COMPLÉMENTAIRES SUR L'HOSPITALISATION

Formule de notes complémentaires sur l'hospitalisation. Le formulaire est divisé en plusieurs sections par des lignes horizontales. À l'extrémité inférieure, il y a des champs pour la signature et la date.

Signature du médecin traitant \_\_\_\_\_

N° permis \_\_\_\_\_

Date: Année | Mos | Jour

2, Complexe Desjardins  
Porte 3000  
C.P. 216, succ. Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

Tél. : (514) 350-5000  
Tél. : (514) 350-5175  
Courriel : [communications@fmsq.org](mailto:communications@fmsq.org)