|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Logo établissement** | **Charte de l’unité de chirurgie ambulatoire** | **PÔle Chirurgie** |
| Centre Hospitalier**…** | Rédacteur : ……………...  Vérificateur :…………… | Date d’application :  JJ/MM/AAAA |

**Charte de fonctionnement de l’unitÉ de chirurgie ambulatoire**

**Notice – Charte Type –**

Cette charte est un modèle proposé aux établissements. Son format Word lui permet d’être modifiée et personnalisée afin de s’adapter aux organisations de chaque Unité de Chirurgie Ambulatoire.

Enfin, pour faciliter ce travail de relecture, les parties surlignées en jaune dans le corps du document doivent être complétées.

Pour actualiser le sommaire, il vous suffit de cliquer sur un titre dans le sommaire (clic droit de la souris) et «***mettre à jour les champs***».

**SOMMAIRE**

[PREAMBULE 2](#_Toc433622365)

[Objet de la charte de fonctionnement 2](#_Toc433622366)

[Modifications de la charte de fonctionnement 2](#_Toc433622367)

Chapitre 1

[PRINCIPES GÉNÉRAUX DU FONCTIONNEMENT MÉDICAL DE L’UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (UCA) 3](#_Toc433622368)

[Article 1 : Capacité du l’Unité de Chirurgie Ambulatoire 3](#_Toc433622369)

[Article 2 : Objet de l’Unité de Chirurgie Ambulatoire 3](#_Toc433622370)

[Article 3 : Horaires d'ouverture de l’Unité de Chirurgie Ambulatoire 4](#_Toc433622371)

[Article 4 : Indicateurs de suivi de l’activité et de la qualité des soins 4](#_Toc433622372)

Chapitre 2

[MÉDECIN COORDONNATEUR ET CADRE DE SANTÉ 5](#_Toc433622373)

[Article 5 : Désignation du médecin coordonnateur 5](#_Toc433622374)

[Article 6 : Qualification du médecin coordonnateur 5](#_Toc433622375)

[Article 7 : Fonctions des médecins coordonnateurs 5](#_Toc433622376)

[Article 8 : Fonctions du cadre de sante 5](#_Toc433622377)

Chapitre 3

[MODES DE PRISE EN CHARGE DANS L’UCA 6](#_Toc433622378)

[Article 9 : Description du système de permanence et de continuité des soins 6](#_Toc433622379)

[Article 10 : Dispositif de programmation 6](#_Toc433622380)

[Article 11 : Parcours patient 7](#_Toc433622381)

[Article 12 : Prise en charge médicale 9](#_Toc433622382)

[Article 13 : Prise en charge paramédicale 9](#_Toc433622383)

Chapitre 4

[ORGANISATION GÉNÉRALE DES PRÉSENCES ET PERMANENCES DES PERSONNELS MÉDICAUX, INFIRMIERS ET PARAMÉDICAUX 10](#_Toc433622384)

[Article 14 : Présences et permanences des personnels médicaux 10](#_Toc433622385)

[Article 15 : Liste des personnels médicaux 10](#_Toc433622386)

[Article 16 : Remplacements des personnels médicaux 10](#_Toc433622387)

[Article 17 : Présences et permanences des personnels paramédicaux 11](#_Toc433622388)

Chapitre 5

[FORMATIONS NÉCESSAIRES 12](#_Toc433622389)

[Article 18 : Formation des paramédicaux 12](#_Toc433622390)

Chapitre 6

[MODALITÉS DE CONSTITUTION ET DE COMMUNICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX 13](#_Toc433622391)

[Article 19 : Modalités de constitution des dossiers médicaux 13](#_Toc433622392)

[Article 20 : Modalités de communication des dossiers médicaux 13](#_Toc433622393)

[Article 21 : Circuit des dossiers médicaux 13](#_Toc433622394)

Annexes :

* Liste des actes réalisés dans l’unité ambulatoire
* Critères d’éligibilité du patient

PREAMBULE

# Objet de la charte de fonctionnement

La structure relève de soins en alternative à l’hospitalisation complète et de soins requérant un plateau technique et/ou une mise en observation du patient en environnement hospitalier.

Le présent document a été élaboré conformément à la réglementation[[1]](#footnote-1) qui prévoit que toute structure de soins alternative à l’hospitalisation doit disposer d’une charte de fonctionnement qui doit préciser :

**1 L’organisation de la structure,** en ce qui concerne notamment le personnel, les horaires d’ouverture, l’organisation des soins et le fonctionnement médical ; des indicateurs de suivi de l’activité et de la qualité des soins sont obligatoirement prévus ;

**2 Les conditions de désignation et la qualification du médecin coordonnateur** de la structure ;

**3 L’organisation générale des présences et de la continuité des soins** assurée par les personnels médicaux et personnels paramédicaux[[2]](#footnote-2) ;

**4 Les modalités de mise en œuvre[[3]](#footnote-3) :** Les structures de soins sont tenues d'organiser la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés. Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

**5 Les formations nécessaires**, en raison notamment du processus et de l’organisation spécifiques de la structure.

La charte de fonctionnement est transmise par le directeur de l'établissement de santé au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Elle est actualisée en fonction de l'évolution des prises en charge offertes par la structure de soins.

# Modifications de la charte de fonctionnement

En cas de besoin, la charte de fonctionnement pourra être modifiée et sera transmise par le directeur général de l’établissement au directeur général de l’ARS.

#### CHAPITRE I

PRINCIPES GÉNÉRAUX DU FONCTIONNEMENT MÉDICAL DE L’UNITÉ DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (UCA)

# Article 1 : Capacité du l’Unité de Chirurgie Ambulatoire

L’UCA est doté d’une capacité de …… places. Elle est située au niveau…………… (Pôle, pavillon, étage…)

Elle regroupe les unités ambulatoires des spécialités chirurgicales [citer les spécialités chirurgicales représentées dans l’UCA] **par exemple** : en chirurgie plastique, urologique, dermatologique, de chirurgie générale, de chirurgie orthopédique, de chirurgie gynécologique, de chirurgie plastique et la pose de dispositif intraveineux de longue durée.

La capacité du centre ainsi que l’organisation des locaux telles qu’arrêtées à l’ouverture de la plateforme pourront être modifiées au regard de l’évolution de l’activité.

# Article 2 : Objet de l’Unité de Chirurgie Ambulatoire

Le périmètre d’activité de l’UCA a été défini en cohérence avec les objectifs institutionnels de développement de l’ambulatoire comme mode d’hospitalisation privilégié, avec l’ambition d’optimiser la prise en charge des malades.

Il s’agit des prises en charge en pré, per et post-opératoires.

L’UCA est également un lieu privilégié d’enseignement pour les externes et internes CCA, médecins / chirurgiens visiteurs et de formation pour les soignants.

L’UCA dispose en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel au niveau…… [Localisation de l’UCA].

L’UCA garantit l’accessibilité et la circulation d’un patient aussi bien debout, que couché (en fauteuil roulant, sur un brancard), appareillé et accompagné. Il est accessible aux personnes à mobilité réduite et aux patients physiquement dépendants.

La structure de L’UCA est agencée et équipée de manière à assurer sur le site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

1. l’accueil et le séjour des patients et des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent;
2. l'organisation, la préparation et la mise en œuvre optimale des protocoles de soins intégrant la prise en charge de la douleur
3. la surveillance et le repos nécessaires à chaque patient,
4. le stockage des produits de santé et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients, la pré-désinfection de ces matériels et l'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI).

La configuration architecturale et fonctionnelle de l'unité garantit à chaque patient les conditions de sécurité, d’hygiène et d’asepsie nécessaires ainsi que le respect de la confidentialité, de son intimité et de sa dignité en comportant notamment des espaces spécifiques adaptés.

Les conditions d’accès aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients. Ainsi, l’unité d’hospitalisation est située en continuité du bloc opératoire [à adapter].

Le secteur opératoire est constitué d’une salle d’intervention chirurgicale [compléter avec le nombre de salle d’intervention de l’UCA] au [n° d’étage, pôle, bâtiment].

Les opérateurs s’engagent à organiser leur programme opératoire en respectant ces consignes.

Les moyens nécessaires à la prise en charge immédiate d’une complication médicale et chirurgicale éventuelle, et notamment les locaux, le matériel (chariot d'urgence) et les médicaments propres à y répondre, sont disponibles et utilisables sans délai.

# Article 3 : Horaires d'ouverture de l’Unité de Chirurgie Ambulatoire

Les horaires d'ouverture pour les patients sont de **7h30 à 17h30** du lundi au vendredi. [Modifier le cas échéant]

L’unité peut faire l’objet d’une fermeture hebdomadaire sur certaines périodes de l’année (préciser si tel est le cas). La connaissance préalable des congés des opérateurs permet d’optimiser l’organisation de l’unité.

# Article 4 : Indicateurs de suivi de l’activité et de la qualité des soins

Le CH ou GH met à la disposition de l’unité de chirurgie ambulatoire (UCA) des indicateurs de l’activité et de la qualité des soins :

* **indicateurs d’activité** : nombre de patients par jour ; de rotation par place et par jour ; évolution de l’activité ; typologie de patients (âge, sexe, etc…) et typologie d’activités (par disciplines).
* **indicateurs de qualité** : taux d’annulation à J0 ; taux de déprogrammation ; taux de transfert (conversion) en hospitalisation conventionnelle ; délai entre les différentes étapes de la prise en charge ; évènements indésirables ; sécurité ; taux de réadmission dans les 24 premières heures ; indice de satisfaction (appel à J+1)
* **indicateurs de fonctionnement** : taux de soins lourds en ambulatoire ; niveau d’absentéisme ; nombre d’heures supplémentaires.

Ces indicateurs sont analysés au cours de réunions de coordination médico-soignante (cadre de santé, médecin coordonnateur et la direction), réunions de RMM, évènements indésirables, et permettront un pilotage optimisé.

#### CHAPITRE II

MÉDECIN COORDONNATEUR ET CADRE DE SANTÉ

# Article 5 : Désignation du médecin coordonnateur

Le médecin coordonnateur est ………… [Compléter avec la fonction du médecin coordonnateur, PH, chef de service, etc…].

Un médecin coordonnateur-adjoint est désigné par le directeur de l’établissement, sur proposition des chefs de service des spécialités de l’unité (pour chaque spécialité pratiquée dans l’UCA). Il est nommé pour 2 ans renouvelables.

# Article 6 : Qualification du médecin coordonnateur

Au regard des règles ordinales, le médecin coordonnateur et le médecin coordonnateur-adjoint de l’UCA forme un binôme chirurgien-anesthésiste-réanimateur.

# Article 7 : Fonctions des médecins coordonnateurs

Les médecins coordonnateurs participent à l'organisation générale du fonctionnement médical de l’UCA, dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur.

Ils sont, avec le cadre de santé, les interlocuteurs des directions de Pôle et de l’établissement [Groupement Hospitalier ou AP-HP si besoin].

Ils veillent notamment, en étroite collaboration et complémentarité avec le cadre de santé :

* au bon fonctionnement de l’UCA
* au respect de la charte de fonctionnement,
* l'évaluation des personnels infirmiers et paramédicaux tous les ans,
* l'évaluation de l’activité de l’UCA.

# Article 8 : Fonctions du cadre de sante

En collaboration avec les coordonnateurs médicaux, le cadre de santé assure la responsabilité du fonctionnement de l’UCA dans le respect de la réglementation en termes d’organisation, de coordination, de gestion, de contrôle et d’évaluation, au travers des activités suivantes :

* Organisation et coordination de la prise en charge du patient en un séjour de 12 heures maximum
* Animation, encadrement et gestion de l’équipe paramédicale
* Gestion et développement des compétences
* Information et communication en interne et avec les partenaires extérieurs
* Animation de la démarche qualité **-** gestion des risques
* Élaboration et conduite de projet

**CHAPITRE III**

MODES DE PRISE EN CHARGE DANS L’UCA

# Article 9 : Description du système de permanence et de continuité des soins

L’établissement disposant d’une UCA est tenue d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de ses heures d'ouverture, y compris samedi, dimanche et jours fériés[[4]](#footnote-4).

À la fermeture de l’UCA, si un patient requiert toujours des soins, il est hospitalisé dans le service dont dépend le chirurgien référent. Le cadre de santé l’UCA et l’opérateur en charge du malade organisent cette hospitalisation.

A la sortie de l’UCA, un compte-rendu opératoire et un compte-rendu d’hospitalisation seront remis à chaque patient assurant la continuité des soins vers la médecine de ville.

Un dossier de type « passeport ambulatoire » est remis au patient ou à sa famille, dès la consultation de chirurgie et suit le patient tout au long de son parcours. Ce dossier regroupe toutes les informations utiles à la continuité des soins :

* coordonnées et horaires d’ouverture de l’UCA
* coordonnées des salles de soins des services de spécialités, joignables la nuit, le weekend, les jours fériés (24/24 heures, 7/7 jours)
* coordonnées du centre 15 en cas d’urgences vitales.

Une information claire et loyale doit être délivrée au patient par les différents praticiens concernés.

Conformément à la réglementation, l’établissement [ou le Groupement Hospitalier] dispose de tous les moyens nécessaires de réanimation et de prise en charge des patients ayant séjourné au sein de la structure :

* Service d'Urgences fonctionnant 24 heures sur 24,
* Services d'hospitalisation complète de médecine et de chirurgie,
* Service d'Imagerie Médicale,
* Laboratoire d'analyses médicales.

# Article 10 : Dispositif de programmation

La réservation du bloc suite à la consultation de chirurgie se réalise dans le support de programmation informatique (exemple : IPOP ou OPERA) selon les organisations spécifiques de chaque spécialité.

La demande de programmation du patient est transmise via le logiciel de programmation (IPOP, OPERA ou autre), via une Fiche d’Hospitalisation Programmée (ou programmation directe). L’opérateur doit y préciser la durée prévisible de l’intervention et de la surveillance post-opératoire (journée ou demi-journée).

Ce processus est celui déjà mis en place pour l’hospitalisation conventionnelle.

Ses outils sont représentés par :

* La Fiche d’Hospitalisation Programmée
* Le logiciel IPOP de prise de rendez-vous paramétré
* Les plannings de présence médicale et paramédicale : ils sont essentiels afin de permettre d’informer sur la disponibilité de plages opératoires en cas d’absences programmées (congé, congrès, …).

La programmation hebdomadaire d’hospitalisation est revue à Semaine – 2 lors de la réunion de programmation du bloc opératoire en présence du cadre de l’UCA et des référents de chaque spécialité chirurgicale.

# Article 11 : Parcours patient

* **La consultation chirurgicale**

Cette consultation valide l’ambulatoire en fonction du couple geste-patient.

Un passeport ambulatoire unique pour toutes les spécialités chirurgicales est donné au patient. Il sera complété au fur et à mesure de son parcours.

Les documents à fournir au patient sont :

* Le passeport « ambulatoire »
* La convocation pour la date opératoire
* La convocation pour la consultation d’anesthésie
* les recommandations pour la douche préopératoire au domicile du patient
* Les ordonnances post-opératoires (antalgiques, examens, soins, etc…)
* Les documents d’information sur le geste et l’ambulatoire
* L’autorisation de soins pour les patients mineurs ou sous tutelle

Si une prescription est nécessaire pour le jour de l’intervention, elle est faite lors de cette consultation et est mise à disposition dans le dossier de soin.

Le chirurgien remplit la feuille d’hospitalisation programmée.

* **La consultation d’anesthésie**

Il s’agit d’une consultation dédiée à l’activité ambulatoire de toute l’UCA. L’anesthésiste valide l’ambulatoire et le note sur le livret ambulatoire.

Si l’anesthésiste ne valide pas l’ambulatoire, il doit noter les raisons sur le dossier ambulatoire et une reprogrammation en hospitalisation conventionnelle doit être réalisée avec le chirurgien référent du patient.

Les documents à fournir au patient sont :

* Les consignes péri-opératoires
* Les consignes pour la sortie : accompagnant, conduite, ect…
* Les ordonnance d’antalgiques si celles-ci n’ont pas été réalisées an consultation de chirurgie
* Les ordonnances éventuelles pour la gestion des traitements en péri-opératoire
* L’information sur l’anesthésie et l’ambulatoire

La feuille de consultation d’anesthésie est mise dans le dossier-patient.

* **Appel J-1 (ou J-3 en cas d’intervention le lundi)**

Un appel 24 heures avant l’hospitalisation est réalisé par une infirmière. Cet appel est tracé sur un document de recueil commun.

Ce document est constitué d’une check-list comprenant :

* Un rappel de la date opératoire et de l’heure prévue de bloc
* Un rappel de l’heure de convocation : 1/2 heure avant le bloc si anesthésie générale, ½ heure avant si anesthésie locale à vérifier par anesthésiste
* Un rappel des consignes chirurgicales selon les chemins cliniques
* Un rappel des consignes de jeun et de douche préopératoire
* Un rappel concernant la gestion des médicaments apparaissant sur la feuille de consultation d’anesthésie
* Une vérification des consignes pour la sortie (accompagnant, véhicule, etc…)

En cas de problème lors de cet appel, l’infirmière contacte le chirurgien référent du patient.

* **Accueil à J0**

Le patient est accueilli par un membre de l’équipe soignante au niveau de l’accueil puis le dirige vers les vestiaires des patients après avoir vérifié son identité, son admission et les principales données concernant l’intervention (nature et côté) et remis un bracelet. Pour rappel : la préadmission a été réalisée après la consultation infirmière.

Un dossier « chirurgie ambulatoire » est ouvert spécifiquement pour la prise en charge des patients en ambulatoire par le chirurgien.

Lorsque le patient a revêtu sa tenue « opératoire », il se dirige vers l’UCA où l’infirmière réalise les prescriptions faites par le chirurgien en consultation et respecte les consignes anesthésiques notées sur la feuille de consultation d’anesthésie.

Si un problème survient à l’admission, elle prévient le chirurgien référent du patient, et le cas échéant l’interne de garde de la spécialité [rappeler ici la personne à prévenir]. Elle prévient également l’anesthésiste présent au bloc opératoire ou en SSPI.

* **Passage au bloc**

Le patient se rend au bloc opératoire accompagné par un aide-soignant[ou un brancardier] à pied, en fauteuil ou en brancard selon l’état du patient.

Les horaires de passage au bloc opératoire doivent être respectés.

* **Retour de BO vers SSPI**

Le patient revient du bloc avec les prescriptions post-opératoires du chirurgien et de l’anesthésiste.

L’infirmière effectue une surveillance et des traitements selon les chemins cliniques.

La sortie de la SSPI est fonction du score d’Aldrete.

* **Retour dans les places d’unité d’hospitalisation de jour.**

L’infirmière effectue une surveillance et des traitements selon les chemins cliniques.

La sortie d’HDJ est fonction du score de Chung.

Le patient sort avec l’autorisation de sortie précisant le nom de l’opérateur et le nom de l’anesthésiste. Cette autorisation est signée par le chirurgien et l’anesthésiste.

Le patient dispose des numéros d’appel pour la nuit et le week-end. Ces numéros correspondent aux numéros des salles des unités de soins des services concernés et des urgences. Le chirurgien sera alors prévenu.

Si pour différentes raisons, le patient ne peut sortir à domicile, le cadre de santé de l’UCA organise le transfert du patient vers le service concerné.

La raison de ce transfert de l’ambulatoire vers l’hospitalisation conventionnelle doit être notifiée dans le dossier.

* **Appel du lendemain**

Un membre du personnel paramédical de l’UCA réalise l’appel du lendemain auprès de tous les patients.

Elle utilise un document unique contenant des questions communes à toutes les spécialités et des questions spécifiques décrites dans les chemins cliniques. Elle mesure également la satisfaction du patient.

# Article 12 : Prise en charge médicale

Les acteurs de la prise en charge médicale sont :

* Le chirurgien
* L’anesthésiste

Les responsabilités des médecins sont les suivantes :

* Ils assurent l’accueil médical du patient et la continuité de sa prise en charge ;
* Ils veillent à la tenue du dossier et renseignent les diagnostics et actes constituant le RUM ;
* Ils réalisent le compte-rendu opératoire et le compte rendu d'hospitalisation à J0.

# Article 13 : Prise en charge paramédicale

Les missions et activités de l’équipe paramédicale sont décrites dans les fiches de poste.

En respectant leurs champs de compétences, ils participent à la prise en charge des patients tout au long de leurs parcours de soins.

**CHAPITRE III**

ORGANISATION GÉNÉRALE DES PRÉSENCES ET PERMANENCES DES PERSONNELS MÉDICAUX, INFIRMIERS ET PARAMÉDICAUX

# Article 14 : Présences et permanences des personnels médicaux

*Conformément à l'article D.6124-303 du Code de la santé publique (modifié par le décret n°2012-969* *du 20 août 2012),* « *Le nombre et la qualification des personnels médicaux… (est) adapté aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés. Pendant les heures d'ouverture, est requise, dans la structure la présence minimale permanente d'un médecin qualifié… ».*

L’opérateur est le référent du patient. En cas d’indisponibilité de celui-ci, c’est le médecin de garde ou d’astreinte au niveau de chaque discipline qui assure la prise en charge du patient.

Concernant l’anesthésie, un PH est joignable de 7h45 à 18H30.

# Article 15 : Liste des personnels médicaux

Un médecin référent de chaque spécialité est désigné sur proposition de son chef de service,

[Compléter les spécialités proposées au sein de l’UCA et le nom du médecin référent]**, quelques exemples**

* Anesthésiste :
* Brulés :
* Cardiologie :
* Chirurgie générale :
* Chirurgie orthopédique :
* Chirurgie plastique :
* Chirurgie veineuse :
* Dermatologie :
* Gynécologie :
* ORL :
* Urologie :

Les présences et permanences médicales sont assurées par les praticiens des services de chaque spécialité composant l’UCA.

# Article 16 : Remplacements des personnels médicaux

Les praticiens exerçant dans l’UCA sont susceptibles de s'absenter.

Dès lors, ils s'engagent à prendre en temps utile toutes les mesures nécessaires pour que leur service soit assuré en leur absence par un ou plusieurs confrères de même qualification en exercice au sein du CH/CHU, à condition que ceux-ci aient donné expressément leur accord pour ce remplacement.

# Article 17 : Présences et permanences des personnels paramédicaux

Le nombre et la qualification des auxiliaires médicaux ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins sont adaptés aux besoins de santé des patients, à la nature et au volume d'activité effectués, et aux caractéristiques techniques des soins dispensés[[5]](#footnote-5).

Pendant la durée des prises en charge de patients, est requise dans la structure, la présence minimale permanente d'un infirmier diplômé d’État.

Composition de l'équipe paramédicale :

* … cadre de santé,
* … infirmier
* … aide-soignant
* … secrétaire
* … brancardier

Les personnels sont affectés sur la structure pour une durée limitée dans le temps. Les modalités de renouvellement des équipes tiennent compte du maintien d’un niveau de compétences collectives.

L'organisation des plannings de présence est sous la responsabilité du cadre de santé de la structure en liaison avec les médecins coordonnateurs et du cadre supérieur. En son absence, la continuité de l'organisation est sous la responsabilité d’un autre cadre de santé ou du cadre supérieur de santé.

Le planning de travail est établi pour assurer la présence d’un soignant pour … patients présents au niveau de l’unité. [Compléter avec le ratio, **par exemple : 1 aide-soignant pour 6 patients**]

#### CHAPITRE V

FORMATIONS NÉCESSAIRES

# Article 18 : Formation des paramédicaux

La formation des paramédicaux s’articule autour de supports théoriques, de fiches techniques et chemins cliniques formalisés, d’un compagnonnage des pairs et de l’accès à des formations spécifiques.

Les supports théoriques sont formalisés et diffusés par les opérateurs de chaque discipline selon des modalités qu’ils définissent.

Les chemins cliniques sont formalisés par les opérateurs et soignants de chaque spécialité et sont mis à disposition des soignants de la structure.

Les procédures et modes opératoires institutionnels sont la référence. Les activités et soins spécifiques font l’objet de modes opératoires rédigés par chaque spécialité.

Un parcours de compagnonnage est mis en place en amont de l’affectation dans la structure et se poursuit au sein de la structure.

#### CHAPITRE VI

MODALITÉS DE CONSTITUTION ET DE COMMUNICATION DES DOSSIERS MÉDICAUX

# Article 19 : Modalités de constitution des dossiers médicaux

Les documents spécifiques des séjours dans l’UCA sont inclus dans le dossier médical de chaque spécialité. Ils sont élaborés au niveau de l’UCA, sous la responsabilité du praticien responsable (ou son remplaçant).

Les documents établis à la fin du séjour sont les suivants :

* Le compte rendu d'hospitalisation
* Le compte rendu opératoire
* Les modalités de sortie : domicile ou autres structures
* La fiche de liaison infirmière, si besoin

# Article 20 : Modalités de communication des dossiers médicaux

Le Directeur de l'établissement veille à ce que les mesures soient prises pour assurer la communication des informations relatives à la santé du patient.

En ce qui concerne l'accès du patient à son dossier, l’UCA applique la procédure élaborée pour l'ensemble des services de l’établissement.

Les demandes peuvent être formulées par le patient lui-même, par les parents d'enfants mineurs, par les tuteurs de personnes majeures et par les proches d'un patient décédé[[6]](#footnote-6).

Le dossier peut être consulté sur place avec un accompagnement médical ou adressé à domicile. Les frais de reproduction et d'envoi sont facturés au demandeur, conformément à la réglementation.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

# Article 21 : Circuit des dossiers médicaux

Le dossier est stocké dans l’UCA 3 jours avant l’hospitalisation du patient afin que l’aide-soignante réalise l’appel de J-1ou J-2 (en attente de la mise en œuvre du dossier informatique).

Le dossier reste au sein de l’unité ambulatoire jusqu’à J+1 afin que l’infirmière fasse l’appel du lendemain.

Le dossier est par la suite ré-adressé aux secrétaires médicales des spécialités pour futures consultations ou archivé.

**Annexe 1 : Liste des actes réalisés en Ambulatoire dans l’unité [A modifier suivant les activités de l’établissement]**

**Gynécologie-Obstétrique** :

* Chirurgie du sein : tumorectomie, abcès
* Chirurgie de l’utérus, de la valve, du vagin et AMP :
  + Interruption unilatérale ou bilatérale de la perméabilité des trompes utérines
  + Conisation du col de l’utérus
  + Exérèse de polype de l’utérus
  + Résection de myome de l’utérus
  + Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact
  + Abrasion de la muqueuse utérine
  + Cerclage du col de l’utérus
* Aspirations
* IVG, ITG

**ORL**:

* Adénoïdectomie avec pose d’aérateur transtympanique
* Adénoïdectomie avec myringotomie unilatérale ou bilatérale
* Biopsie artère temporale
* Réduction OPN

**Orthopédie**:

* Arthroscopie du genou
* Ménisectomie par arthroscopie
* Libérations nerveuses MS : libération du nerf médian au canal carpien, du nerf ulnaire du coude
* Chirurgie réparatrice des ligaments et tendons
* Ablation de matériels d’ostéosynthèse
* Doigt à ressaut
* Hygroma
* Exérèse de kyste synovial
* Suture ou plastie de l’appareil capsuloligamentaire de l’AMP du pouce
* Aponévroctomie palmodigitale
* Ostéosynthèse main

**Urologie**:

* Urétéroscopie
* Chirurgie de l’incontinence urinaire chez la femme
* Hydrocèle

**Viscéral**:

* Chirurgie des varices
* Chirurgie anale : évacuation d’une thrombose hémorroïdaire, dilatation ou incision de sténose anorectale, destruction / exérèse de tumeur bénigne du canal anal, sphinctérotomie, incision abcès anal
* Chirurgie des hernies inguinales, hernies ombilicales
* Orchidopexie
* Exérèse d’un kyste du cordon spermatique
* Exérèse de kystes synoviaux
* Tumeurs des parties molles
* Pose de CIP
* Cholécystectomie
* Sinus pilonidal
* Hydrosadénite
* Cure éventration

**Viscéral pédiatrique**:

* Hernie inguinale, hernie ombilicale
* Chirurgie testiculaire
* Phimosis
* Fistule hypospade

**Médecine**:

* Endoscopies digestives
* Traitement SEP : tysabri, solumédrol
* Chimiothérapie
* Ponction d’ascite
* Cardioversion
* perfusion de Rémicade

**Annexe 2 : Critères l’éligibilité du patient**

**Actes de Chirurgie Ambulatoire**

Il s’agit d’interventions :

* programmées (date et heure)
* de courte durée
* à faible risque, notamment hémorragique et respiratoire
* aux suites simples, peu douloureuses et n’impliquant pas de handicap important

Ces critères peuvent être élargis en fonction de l’expérience acquise et après évaluation des résultats à certaines urgences simples, décidées avant le bloc.

**Patients**

Critères sociaux :

* compréhension suffisante de ce qui est proposé
* aptitude à observer les prescriptions médicales
* conditions d’hygiène et de logement au moins équivalente que celles qu’offre une hospitalisation disponibilité d’une personne accompagnante, responsable et valide (raccompagner le patient et rester la nuit suivante avec lui)
* éloignement géographique inférieur à une heure d’une structure de soins adaptée
* accès rapide à un téléphone

Critères médicaux :

* âge supérieur à un an
* poids supérieur à 10 kilogrammes

État du patient

* préférentiellement des sujets ASA 1 et 2 équilibrés par le traitement
* ASA 3 acceptés sous certaines conditions : pathologie stabilisées sous traitement, interférence intervention/pathologie ou traitement négligeable, accord anesthésiste et opérateur.
* Exceptionnellement ASA 3 stabilisé par le traitement
* Prise en compte de l’éventualité d’une grossesse, et information sur les relations grossesse et médicaments anesthésiques, assurance du suivi obstétrical et rythme fœtal

1. Article D. 6124-305 du Code de la Santé Publique modifié par le Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 [↑](#footnote-ref-1)
2. Article D. 6124-303 du CSP [↑](#footnote-ref-2)
3. Article D. 6124-304 du CSP [↑](#footnote-ref-3)
4. Article D.6124-304 du CSP [↑](#footnote-ref-4)
5. Article [D.6124-301-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F8EBB172A6465AF2DCF946F78204D4F5.tpdjo12v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026305661&dateTexte=&categorieLien=cid) du CSP [↑](#footnote-ref-5)
6. Articles L. 1111-7, R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP [↑](#footnote-ref-6)