



# **Service d'ambulance**

## **Normes de documentation**

**Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Direction des services de santé d'urgence  
Avril 2000**

# **Service d'ambulance**

## **Normes de documentation**

### **Partie I - GÉNÉRALITÉS**

**Toutes les parties de la norme de documentation doivent se conformer aux exigences suivantes :**

1. Les rapports exigés en vertu de cette norme peuvent être préparés par écrit ou électroniquement pourvu qu'ils demeurent lisibles et accessibles aux fins d'examen pendant cinq ans à compter de la date de la collision, de l'incident ou de l'événement ayant occasionné la prestation des soins documentée.
2. Les rapports préparés en vertu de cette norme sont conservés pendant cinq ans à compter de la date de l'événement documenté.
3. L'exhaustivité et la qualité des renseignements contenus dans les rapports rédigés en vertu de cette norme sont suffisantes pour que ces derniers puissent être utilisés comme preuve dans une enquête ou une instance juridique.
4. Tout document visé par cette norme qui renferme des renseignements susceptibles d'identifier un patient est assujéti aux dispositions en matière de confidentialité de la *Loi sur les ambulances* et est conservé à l'abri d'accès non autorisés.
5. Chaque rapport devant être rédigé en vertu de cette norme doit être terminé le plus rapidement possible après l'événement et toujours avant la fin du quart ou de la période de travail au cours duquel l'événement documenté a eu lieu.
6. Lorsque le responsable de la rédaction d'un rapport en vertu de cette norme est incapable de le préparer pour cause de maladie ou de blessure, l'exploitant, le gestionnaire ou la personne désignée voit à ce que le rapport requis soit préparé dès que la nouvelle de son incapacité est connue. À chaque égard, le rapport requis doit être terminé dans les 24 heures suivant l'événement à documenter.
7. Chaque employé ou agent du fournisseur qui a participé à la sortie d'ambulance ou a été témoin d'un événement exigeant un rapport en vertu de cette norme signe le rapport. Dans le cas d'un rapport de collision, l'exploitant du service peut rédiger et signer le rapport de collision au nom du conducteur du véhicule ou de son autre employé lorsque celui-ci est physiquement incapable de rédiger le rapport pour cause de blessure.

## PARTIE II - EXIGENCES DES RAPPORTS DE COLLISION

1. Lorsqu'une collision implique une ambulance ou un véhicule d'urgence, on prépare un rapport de collision si :
  - (a) ce véhicule entre en collision avec un véhicule privé ou appartenant à l'État,
  - (b) une personne est blessée par suite de la collision ou
  - (c) le véhicule frappe et endommage un véhicule ou un bien stationnaire ou en mouvement.
  
2. Le rapport de collision comprend, au minimum, les renseignements suivants, s'il y a lieu :
  - (a) La date et l'heure de la collision
  - (b) La date à laquelle le rapport a été rédigé
  - (c) L'emplacement de la collision
  - (d) Le nom, l'adresse du service d'ambulance, ainsi que le nom et la qualité de la personne-ressource
  - (e) Une description détaillée des événements survenus avant, durant et après la collision
  - (f) Une description de l'usage du véhicule au moment de la collision
  - (g) Un diagramme de la collision indiquant clairement les directions des éléments du diagramme et comprenant une légende de façon à être facilement compris par les autres.
  
3. Si le véhicule répondait à une demande de service d'ambulance au moment de la collision, le rapport contient également :
  - (a) Le numéro de sortie d'ambulance de la sortie assignée (*fourni par un agent de communications*)
  - (b) Le code de réponse prioritaire de la sortie assignée à laquelle le véhicule répondait au moment de la collision
  - (c) L'usage des systèmes d'avertissement d'urgence
  - (d) Une description de l'environnement à l'emplacement de la collision, notamment :
    - conditions météorologiques
    - conditions de la route
    - type de surface de la chaussée
    - limite de vitesse affichée
    - quantité, type et volume de trafic (élevé / moyen / faible) (automobiles, camions) (lents, rapides)
    - conditions de luminosité (jour/nuit).
  
4. En ce qui concerne l'ambulance ou le véhicule d'urgence, le rapport de collision indique :
  - (a) Le numéro d'acheminement du véhicule
  - (b) Le numéro de plaque d'immatriculation du véhicule
  - (c) Le type de véhicule

- (d) La quantité de dommages subis par le véhicule.
5. En ce qui concerne le conducteur de l'ambulance ou du véhicule d'urgence, le rapport de collision indique :
- (a) Le nom du conducteur et le numéro d'identification de l'ambulance
  - (b) Le numéro et la classe du permis de conduire du conducteur
  - (c) Le nombre d'heures en poste avant la collision
  - (d) Si le conducteur a été blessé et, si oui, une brève description des blessures.
6. En ce qui concerne les autres occupants, y compris les patients, le rapport indique :
- (a) Le nom et le numéro d'identification de chaque technicien de soins ambulanciers ou de chaque travailleur paramédical présent dans le véhicule, s'ils sont blessés et, si oui, une brève description des blessures
  - (b) Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des patients et s'ils sont blessés et, si oui, une brève description des blessures
  - (c) Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des autres passagers / occupants, s'ils sont blessés et, si oui, une brève description des blessures
  - (d) Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des témoins s'il y a lieu et s'ils sont disponibles
  - (e) Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone des personnes blessées autres que celles susmentionnées s'il y a lieu et leur disponibilité.
7. Le rapport contient une description des dommages subis par l'autre véhicule et les autres biens.
8. On annexe au rapport de collision :
- (a) une copie du rapport de collision de la police
  - (b) une copie de la carte tachygraphe, si le véhicule en contient une.

### **PARTIE III – EXIGENCES DES RAPPORTS D'INCIDENT**

1. Les rapports d'incident sont rédigés lorsque :
- (a) une plainte concernant le service de l'exploitant est reçue par l'exploitant ou en son nom,
  - (b) une enquête sur le service de l'exploitant est menée par ce dernier ou en vertu de son autorité ou
  - (c) il y a un fait inusité, notamment :
    - (i) Une réponse inhabituelle ou des délais de service
    - (ii) Un délai dans l'accès à un patient
    - (iii) Une période de temps excessive sur les lieux de l'incident

- (iv) Suite à un appel code 5 ou code 6 (après avoir évalué un patient qui répond aux exigences d'une « politique de ne pas réanimer » ou les critères associés à un « décès évident »)
- (v) Une scène ou une situation qui représente une circonstance ou un événement criminel soupçonné ou réel
- (vi) Des problèmes d'équipement (défaillances ou défauts) qui ont eu un effet sur les soins ou sur les résultats pour un patient
- (vii) Une circonstance qui a entraîné un préjudice pour un patient, un membre de l'équipe ambulancière ou une autre personne traitée ou transportée dans une ambulance ou un véhicule d'urgence
- (viii) Une circonstance qui a créé un risque ou un danger pour la sécurité d'un patient, d'un membre de l'équipe ambulancière ou d'une autre personne transportée dans une ambulance ou un véhicule d'urgence.

(d) un rapport d'incident rédigé conformément au point (c) est transmis par télécopieur au bureau régional approprié de la Direction des services de santé d'urgence aussitôt que possible après être terminé.

2. Un rapport d'incident rédigé suite à un événement survenu pendant une sortie d'ambulance doit comprendre ce qui suit :

- (a) Numéro de sortie d'ambulance
- (b) GEOCODE du lieu de ramassage, selon le cas
- (c) Numéro CPT de l'acheminement et du retour
- (d) Nom du service d'ambulance
- (e) Date à laquelle le rapport a été rédigé
- (f) Date de l'incident exigeant le rapport
- (g) Heure de l'incident exigeant le rapport
- (h) Numéro d'identification du véhicule
- (i) Nom et numéro d'identification des membres de l'équipe ambulancière
- (j) Description des actions et des événements exigeant la préparation du rapport d'incident
- (k) Description des observations de chaque technicien de soins ambulanciers ou de chaque travailleur paramédical concernant l'événement
- (l) Description des actions/interventions effectuées par chaque technicien de soins ambulanciers ou chaque travailleur paramédical en réponse à l'événement
- (m) Description des soins dispensés à chaque personne malade ou blessée aux lieux de l'accident et en route vers la destination
- (n) Identité du patient, notamment nom, adresse, date de naissance, âge et sexe
- (o) Diagrammes appropriés des lieux, le cas échéant.

3. Lorsqu'un patient, un membre de l'équipe ou quelqu'un d'autre est blessé durant un transport en ambulance ou en véhicule d'urgence, en plus des renseignements exigés au point (2), le rapport d'incident renferme les renseignements suivants :

- (a) Une description des blessures subies par chaque personne

- (b) Le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque blessé.
4. En cas de défaillance ou de défectuosité d'un appareil de soins aux patients, en plus des renseignements exigés au point (2), le rapport d'incident renferme les renseignements suivants :
    - (a) La marque et le type d'appareil, y compris le numéro d'identification (i.e. modèle et numéro de série)
    - (b) Une description de la nature et du moment de la défaillance ou de la défectuosité de l'appareil
    - (c) Tout tort ou retard au traitement occasionné par la défaillance ou la défectuosité.
  5. Dans les cas où des activités criminelles sont ou pourraient être survenues, le rapport d'incident renferme les renseignements suivants :
    - (a) Une description des lieux de l'événement
    - (b) Les démarches et les observations de l'équipe ambulancière
    - (c) Le nom et le numéro d'identification des agents de police / enquêteurs sur les lieux.
  6. Lorsqu'un événement pose un risque ou un danger à la sécurité d'un patient, d'un membre de l'équipe ambulancière ou d'une autre personne transportée en ambulance ou dans un véhicule d'urgence, le rapport d'incident renferme les renseignements suivants :
    - (a) Une description du risque ou du danger
    - (b) Une description de l'effet du risque ou du danger sur le patient ou toute autre personne
    - (c) Les démarches entreprises par l'équipe ambulancière pour éliminer le risque ou le danger
    - (d) Le résultat des démarches documentées au point (c).

#### **PARTIE IV – EXIGENCES RELATIVES AUX DOCUMENTS PORTANT SUR LES PATIENTS ET LES SOINS AUX PATIENTS**

1. Le fournisseur de soins aux patients qui a évalué et/ou traité un patient est chargé de remplir les documents portant sur la personne évaluée ou traitée.
2. Un rapport de sortie d'ambulance est préparé pour chaque demande de service d'ambulance ayant donné lieu à l'évaluation d'un patient, que des soins aient été dispensés ou non et que la personne ait été transportée ou non en ambulance ou en véhicule d'urgence.
3. Les copies des rapports de sortie d'ambulance portant sur les demandes de transport et les refus de service sont distribuées dans les 48 heures suivant l'achèvement de la sortie, comme suit :

- ❑ La copie originale du rapport de sortie d'ambulance est donnée au personnel de l'hôpital qui reçoit le patient et en assume la responsabilité (*à l'exception des sorties donnant lieu à un refus de service par le patient*),
  - ❑ Une copie, suivant les instructions, est distribuée à la base hospitalière,
  - ❑ Une copie, suivant les instructions, est distribuée au service ou au bureau responsable de la facturation (*à l'exception des sorties donnant lieu à un refus de service par le patient*),
  - ❑ Une copie, suivant les instructions, est conservée par l'exploitant.
- 4. Dans les cas où l'équipe ambulancière évalue plus d'un patient, un rapport de sortie d'ambulance est rédigé pour chaque personne évaluée par chaque membre de l'équipe.
- 5. Si un patient refuse les soins et/ou le transport, l'équipe demande au patient ou au décideur au nom d'autrui de remplir et de signer les sections du rapport de sortie d'ambulance se rapportant au refus de service.
- 6. L'équipe qui doit documenter un refus de service demande aux témoins de remplir les sections appropriées du rapport de sortie d'ambulance et, lorsque les témoins refusent de signer le rapport, elle documente cette demande sur le rapport de sortie d'ambulance.

**A :** Chaque fois qu'un patient est évalué, qu'il soit transporté ou non en ambulance ou en véhicule d'urgence, on rédige un rapport de sortie d'ambulance renfermant les renseignements suivants :

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| ❑ Système d'avertissement utilisé | ❑ Lieu du ramassage                         |
| ❑ Numéro ARIS                     | ❑ Priorité de l'acheminement (voir liste A) |
| ❑ Nom du service                  | ❑ Remarques – raison de l'annulation        |
| ❑ Date                            | ❑ Refus de service, le cas échéant          |
| ❑ Numéro du service               | ❑ Numéro du conducteur                      |
| ❑ Numéro du poste                 | ❑ Numéro de l'ambulancier                   |
| ❑ Numéro du véhicule              | ❑ Nom du conducteur                         |
| ❑ Distance parcourue              | ❑ Nom de l'ambulancier                      |
| - km au départ                    | ❑ Signature du conducteur                   |
| - km pour le ramassage            | ❑ Signature de l'ambulancier                |
| - km à destination                |   |

**B :** En plus des renseignements mentionnés au point A, lorsqu'un patient est évalué, traité et/ou transporté, le rapport de sortie d'ambulance renferme les renseignements suivants :

- |                             |                   |
|-----------------------------|-------------------|
| ❑ Nom de famille du patient | ❑ Adresse postale |
| ❑ Prénom du patient         |                   |

- Nature de l'urgence/du transfert
- Principale plainte
- Code de la nature de la maladie/blessure (voir liste B)
- Antécédents de l'affection actuelle
- Antécédents pertinents
- Médicaments/allergies
- Examen physique
- Pouls
- Respiration
- Peau
- Tension artérielle
- Note sur l'échelle de coma (le cas échéant)
- Soins dispensés au patient (notamment temps, médicament, intervention, résultat et code)
- Initiales du technicien de soins ambulanciers/travailleur paramédical qui est intervenu
- Problème principal du patient
- Code du problème principal du patient (voir liste C)

**C :** En plus des renseignements mentionnés aux points A et B, lorsqu'un patient est traité et transporté en ambulance ou en véhicule d'urgence, le rapport de sortie d'ambulance renferme les renseignements suivants :

- Priorité de retour
- Numéro du patient
- Numéro de séquence du patient
- Remarques
- Nature de l'urgence/du transfert

**D:** En plus de donner les renseignements mentionnés aux points A et B, lorsqu'un patient est contacté et refuse les soins ou le transport, on remplit les champs suivants du rapport de sortie d'ambulance :

- Remarques – raison de l'annulation
- Refus de service

**Tableau A** Priorité de l'acheminement

Code	Description
1	Non urgente
2	Régulière
3	Prompte
4	Urgente
8	Veille protectrice

**Tableau B** Code du problème principal du patient

Code	Description
T	Traumatisme
C	Trouble cardiaque
R	Trouble respiratoire
A	Arrêt cardiaque – cause inconnue
M	Trouble médical
G	Trouble obstétrique/gynécologique
O	Autre urgence
TR	Transfert de traitement et/ou de retour
CI	Transfert de convalescent/d'invalidé
OT	Autre transfert

Tableau C Code de la nature de la maladie/blessure

Code	Description
01	Obstruction totale
02	Obstruction partielle
03	Insuffisance respiratoire
04	Dyspnée du nouveau-né
05	Dyspnée (pas encore diagnostiquée)
06	Œdème pulmonaire (défaillance cardiaque)
07	Quasi-noyade
08	Asthme
09	
10	Réaction allergique
11	Traumas multiples
12	Traumatisme à la poitrine
13	Traumatisme crânien
14	Brûlure
15	Fracture
16	Hémorragie
17	Plaie par pénétration
18	Arrêt cardiaque
19	Choc
20	Douleur à la poitrine
21	Inconscience (pas encore diagnostiquée)
22	Surdose/empoisonnement
23	Convulsions
24	Urgence diabétique
25	Attaque/AVC/AIT
26	Hémorragie gastro-intestinale
27	Trouble obstétrique
28	Douleur abdominale – sans traumatisme
29	Douleur au dos – sans traumatisme
30	Urgence environnementale
31	Maladie non définie
32	Trouble du comportement/psychologique
33	Autre trouble médical
34	Autre (en présence d'un traumatisme)