



MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Tenue du dossier patient

Résultats donnés à titre d'information, les résultats définitifs seront disponibles après le contrôle qualité du recueil

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 80

Score de qualité de la tenue du dossier patient

Résultat de l'indicateur

Valeur (2016): 75

Intervalle de confiance à 95% (2016) : [71 - 78]

La qualité de la tenue d'un dossier est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

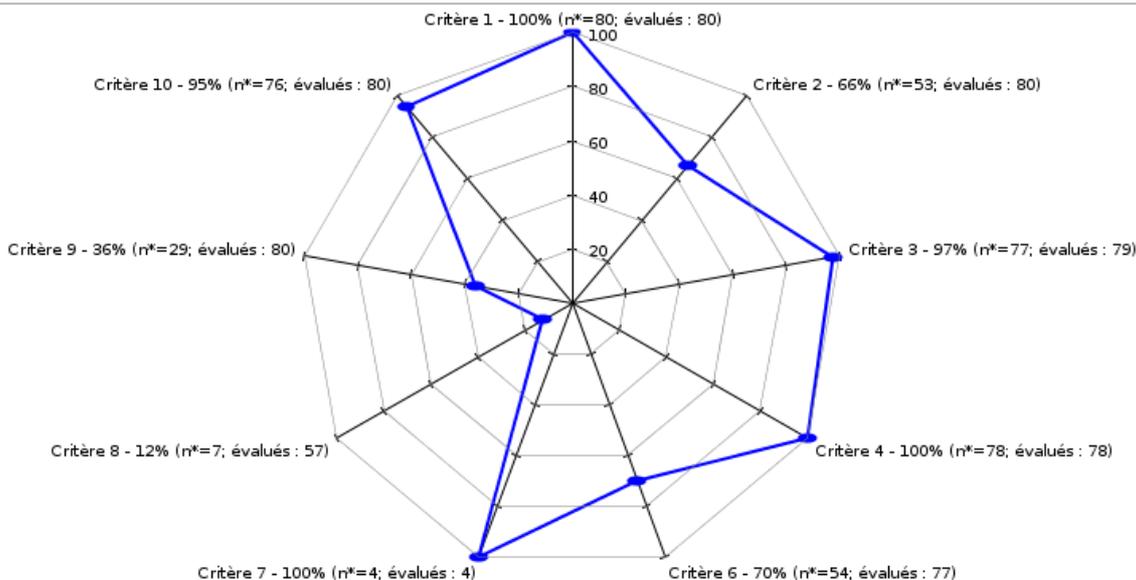
Autres caractéristiques statistiques du score : Médiane = 75 Min = 38 Max = 100 Ecart-type = 14.24

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente

Moyenne (2014) 89

Intervalle de confiance à 95% (2014) [86 - 91]

Résultats détaillés par critères (10 critères composent le score national)



(*) n = nombre de dossiers conformes

- Critère 1 : Présence d'un document médical relatif à l'admission
- Critère 2 : Examen médical d'entrée renseigné
- Critère 3 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)
- Critère 4 : Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable)
- Critère 5 : Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)
- Critère 6 : Dossier anesthésique renseigné (si applicable)
- Critère 7 : Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)
- Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)
- Critère 9 : Courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation comprenant les éléments nécessaires à la coordination en aval
- Critère 10 : Dossier organisé et classé

Critère 1 : Présence d'un document médical relatif à l'admission Dossiers évalués :80



Critère 2 : Examen médical d'entrée renseigné Dossiers évalués :80

Pour chaque dossier, on retrouve les 4 éléments d'information suivants: les motifs d'hospitalisation, les antécédents et facteurs de risque, les conclusions de l'examen clinique initial et le traitement habituel.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)	27	34%
Motifs d'hospitalisation	1	1%
Antécédents et facteurs de risque	2	3%
Conclusions de l'examen clinique initial	24	30%
Traitement habituel (évalués(***) : 80)	3	4%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(***) Le traitement habituel est non applicable dans le cas d'un accouchement, pour le premier séjour d'un nouveau-né en néonatalogie, ou en réanimation-néonatalogie

Critère 3 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable) Dossiers évalués :79

Pour chaque prescription, on retrouve les 7 éléments d'information suivant: le nom et prénom du patient, la date de prescription, la signature du prescripteur, le nom du prescripteur, la dénomination des médicaments, la posologie et la voie d'administration.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité	2	3%
dont prescription(s) médicamenteuse(s) non retrouvée(s)	0	0%
dont prescription(s) médicamenteuse(s) retrouvée(s) mais avec au moins une cause de non-conformité	2	3%

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**)) = 79)	Nb de dossiers	%
Nom et prénom du patient	0	0%
Date de prescription	0	0%
Signature du prescripteur	1	1%
Nom du prescripteur	0	0%
Dénomination des médicaments	0	0%
Posologie	1	1%
Voie d'administration	1	1%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

Critère 4 : Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) (si applicable) Dossiers évalués :78



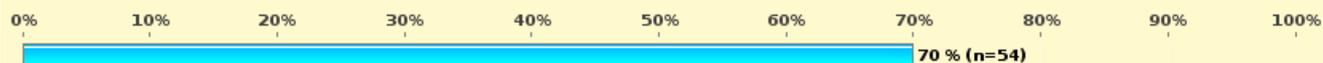
Critère 5 : Présence d'un compte rendu d'accouchement (si applicable)



Critère 6 : Dossier anesthésique renseigné (si applicable)

Dossiers évalués :77

Pour chaque dossier anesthésique on retrouve les 3 éléments relatifs à chaque phase d'anesthésie



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité	23	30%
dont dossier anesthésique non retrouvé	1	1%
dont dossier anesthésique retrouvé mais avec au moins une cause de non-conformité	22	29%

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**)) = 76	22	29%
Le document traçant la phase pré-anesthésique	22	29%
La fiche per-opératoire	0	0%
La fiche de suivi en salle de surveillance post-interventionnelle (évalués: 74)	0	0%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

Critère 7 : Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)

Dossiers évalués :4

Pour chaque trace écrite de transfusion on retrouve les 6 éléments suivants: la fiche transfusionnelle, la carte de groupe sanguin, la fiche de distribution nominative, la prescription du produit sanguin signée par le médecin et, si concerné, la RAI et la fiche d'effet indésirable.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)	0	0%
La fiche transfusionnelle	0	0%
Les documents de groupage sanguin	0	0%
La fiche de distribution nominative	0	0%
La prescription du produit sanguin labile signée par le médecin	0	0%
Si transfusion de globules rouges, le résultat de la RAI retrouvé (évalués: 4)	0	0%
Si incident, la fiche d'effet indésirable renseignée (évalués: 0)	0	0%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)

Dossiers évalués :57

Pour chaque trace écrite du traitement de sortie, on retrouve les 7 éléments d'information suivants: le nom et prénom du patient, la date de prescription, l'identité du médecin, la dénomination des médicaments, la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement.



Détails de la non-conformité

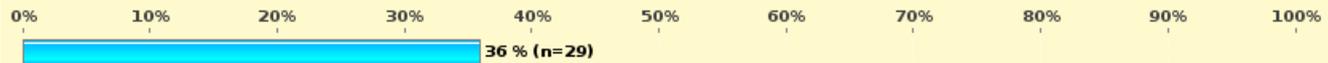
	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité	50	88%
dont traitement de sortie non retrouvé	15	26%
dont traitement de sortie retrouvé mais avec au moins une cause de non-conformité	35	61%

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**)) = 42	35	83%
Nom et prénom du patient	0	0%
Date de prescription	4	10%
Nom du prescripteur	0	0%
Dénomination des médicaments	10	24%
Posologie	19	45%
Voie d'administration	33	79%
Durée du traitement	25	60%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

Dans le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte-rendu d'hospitalisation), on retrouve les 4 éléments suivants: l'identité du medecin destinataire, une référence aux dates de séjour, une synthèse du séjour et une trace écrite d'un traitement de sortie.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité	51	64%
dont courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation non retrouvé	6	8%
dont courrier de fin d'hospitalisation ou compte rendu d'hospitalisation retrouvé mais avec au moins une cause de non-conformité	45	56%

Causes de non conformité (*) (dossiers évalués (**)) = 74	45	61%
L'identité du médecin destinataire (évalués: 74)	29	39%
Une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie)	13	18%
Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)	2	3%
Une trace écrite d'un traitement de sortie (évalués: 54)	10	19%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

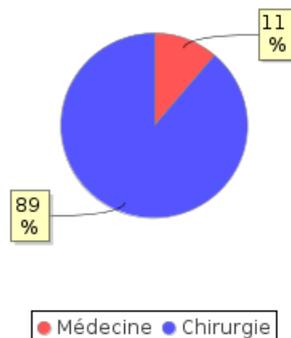


Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	9	11%
Chirurgie	71	89%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 65,40 Ecart-type = 17,87
Médiane = 67,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	3	4%
De 26 à 49 ans	5	6%
De 50 à 64 ans	21	26%
65 ans ou plus	48	60%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	41	51%
Féminin	39	49%
Total	80	100%

Séjour

	Nb	%
Mono RUM	73	91%
Multi RUM	7	9%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,81 Ecart-type = 2,46
Médiane = 3,00
Min = 1 Max = 12

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	48	60%
De 5 à 29	28	35%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle

	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%

Observations médicales : 57	-	72 %
Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement : 1	-	1 %
Prescriptions médicamenteuses : 78	-	99 %
Prescriptions autres que médicamenteuses : 79	-	100 %
Résultats des examens complémentaires : 47	-	67 %
Courriers accessibles dans le SI (hors CFH) : 1	-	1 %
Courrier de fin d'hospitalisation : 1	-	1 %
Dossier de soins : 79	-	100 %
Dossier anesthésique : 76	-	100 %
Dossier transfusionnel : 1	-	100 %

MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Tenue du dossier patient - version 2

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués :	80

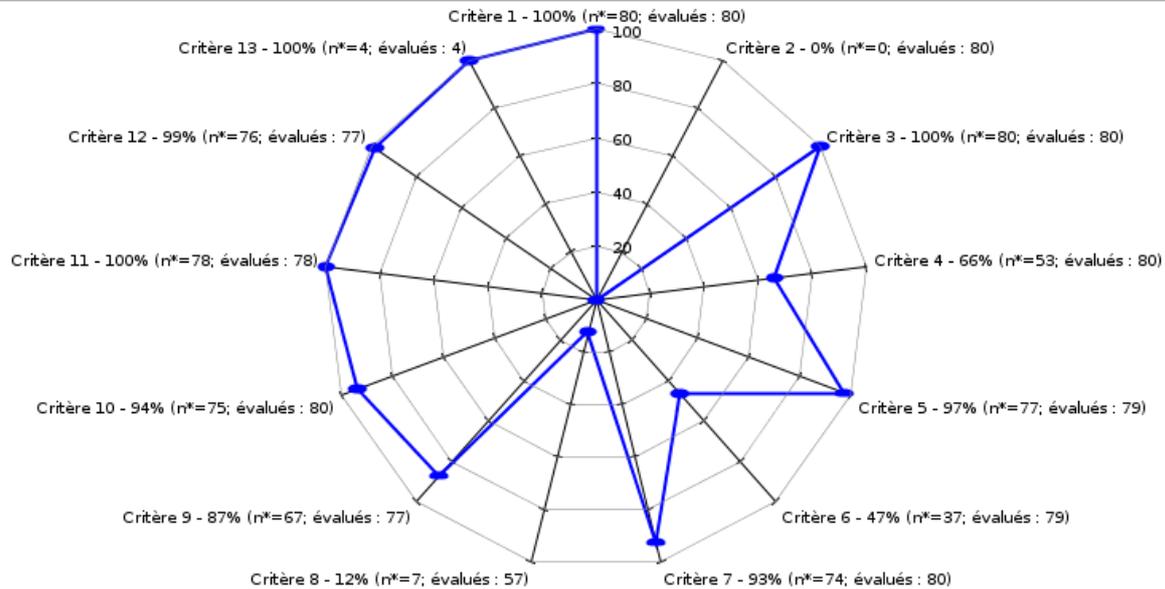
Score de qualité de la tenue du dossier patient V2

Résultat de l'indicateur	
Valeur (2016):	74
Intervalle de confiance à 95% (2016) :	[72 - 76]

La qualité de la tenue d'un dossier est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Autres caractéristiques statistiques du score : Médiane = 73 Min = 45 Max = 92 Ecart-type = 9.29

Résultats détaillés par critères (13 critères composent le score national)



(*) n = nombre de dossiers conformes

- Critère 1 : Dossier retrouvé
- Critère 2 : Identification du patient
- Critère 3 : Présence d'un document médical relatif à l'admission
- Critère 4 : Examen médical d'entrée renseigné
- Critère 5 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)
- Critère 6 : Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation
- Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH)
- Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)
- Critère 9 : Mention de l'identité de la personne de confiance
- Critère 10 : Mention de l'identité de la personne à prévenir
- Critère 11 : Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) et/ou d'un compte-rendu d'accouchement (si applicables)
- Critère 12 : Présence du dossier anesthésique (si applicable)
- Critère 13 : Dossier transfusionnel renseigné (si applicable)

Critère 1 : Dossier retrouvé

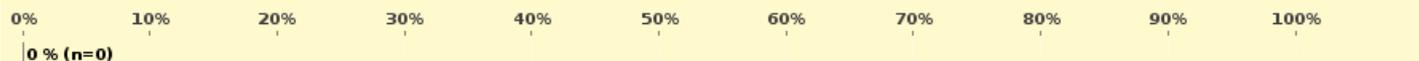
Dossiers évalués :80

Un dossier retrouvé vide, introuvable ou archivé ailleurs sera considéré comme non conforme et ne sera pas remplacé par un dossier de la liste de réserve.
 Un dossier présentant une incohérence PMSI, un dossier d'un patient ne souhaitant pas que les données le concernant soient exploitées, un dossier non mobilisable (patient hospitalisé dans l'ES au moment de l'audit, patient transféré avec son dossier) sera remplacé par un dossier de la liste de réserve.

**Critère 2 : Identification du patient**

Dossiers évalués :80

Pour chaque dossier, on retrouve le numéro d'Identifiant Permanent du Patient (IPP) ou le nom de famille, prénom, date de naissance et sexe. Le séjour analysé ne comporte pas d'éléments d'un séjour d'un autre patient.

**Détails de la non-conformité**

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
IPP	80	100%
Nom de famille	7	9%
Prénom	11	14%
Date de naissance	79	99%
Sexe	76	95%
Autre(s) élément(s) d'un autre patient retrouvé	0	0%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Critère 3 : Présence d'un document médical relatif à l'admission

Dossiers évalués :80

Pour chaque dossier, on retrouve un document médical relatif à l'admission indiquant les motifs d'hospitalisation.

**Critère 4 : Examen médical d'entrée renseigné**

Dossiers évalués :80

Pour chaque dossier, on retrouve les 4 éléments d'information suivants : les motifs d'hospitalisation, les antécédents et facteurs de risque, les conclusions de l'examen clinique initial et le traitement habituel.

**Détails de la non-conformité**

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
Motifs d'hospitalisation	1	1%
Antécédents et facteurs de risque	2	3%
Conclusion de l'examen clinique initial	24	30%
Traitement habituel (évalués (**): 80)	3	4%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le traitement habituel est non applicable dans le cas d'un accouchement, pour le premier séjour d'un nouveau-né en néonatalogie, ou en réanimation-néonatalogie

Critère 5 : Rédaction des prescriptions médicamenteuses établies pendant l'hospitalisation (si applicable)

Dossiers évalués :79

Pour chaque prescription, on retrouve les 7 éléments d'information suivant : le nom et prénom du patient, la date de prescription, la signature du prescripteur, le nom du prescripteur, la dénomination des médicaments, la posologie et la voie d'administration.

**Détails de la non-conformité**

	Nb de dossiers (**)	%
Causes de non conformité (*)		
Nom et prénom du patient	0	0%
Date de prescription	0	0%
Signature du prescripteur	1	1%

Nom du prescripteur	0	0%
Dénomination des médicaments	0	0%
Posologie	1	1%
Voie d'administration	1	1%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés sur lesquels on retrouve une prescription.

Critère 6 : Qualité de l'administration médicamenteuse pendant l'hospitalisation

Dossiers évalués :79

Pour chaque administration médicamenteuse, on retrouve :

- les éléments d'information exigés selon la situation :

- Prescriptions administrées totalement :

Pour chaque administration, on retrouve les 5 éléments suivants : même support que la prescription, date, heure, dose, nom et prénom de l'infirmier(e).

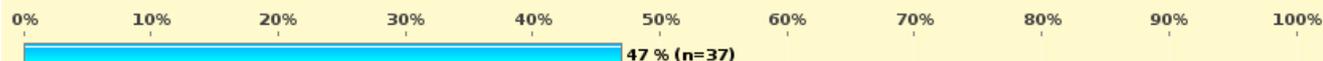
- Prescriptions administrées partiellement :

Pour chaque administration, on retrouve les 6 éléments suivants : même support que la prescription, date, heure, dose, nom et prénom de l'infirmier(e), trace de la justification en cas de non administration de médicaments.

- Prescriptions jamais administrées : on retrouve la trace d'une justification de non administration de médicaments.

ET

- la trace de la prescription correspondante.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers (**)	%
Causes de non conformité (*)		
Prescriptions administrées totalement (N=35)		
Administration tracée sur le même support que la prescription	1	3%
Date d'administration	1	3%
Heure d'administration	1	3%
Dose	1	3%
Nom et prénom de l'infirmier(e)	1	3%
Prescriptions administrées partiellement (N=44)		
Administration tracée sur le même support que la prescription	0	0%
Date d'administration	0	0%
Heure d'administration	0	0%
Dose	0	0%
Nom et prénom de l'infirmier(e)	0	0%
Justification(s) retrouvée(s) en cas de non administration	40	91%
Prescriptions jamais administrées (N=0)		
Justification(s) retrouvée(s) en cas de non administration	0	0%
Administrations sans prescriptions		
Aucune prescription retrouvée alors que la trace de l'administration des médicaments a été retrouvée	0	0%
Au moins une administration retrouvée sans prescription	0	0%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers évalués selon la situation : prescriptions administrées (totalement, partiellement ou jamais) et administrations sans prescription.

Critère 7 : Présence du courrier de fin d'hospitalisation ou du compte rendu d'hospitalisation (CRH)

Dossiers évalués :80

Le courrier de fin d'hospitalisation (ou le compte rendu d'hospitalisation ou une trace écrite justifiant médicalement la mutation) est retrouvé.



Critère 8 : Rédaction d'un traitement de sortie (si applicable)

Dossiers évalués :57

Pour chaque trace écrite du traitement de sortie, on retrouve les 7 éléments d'information suivants : le nom et prénom du patient, la date de prescription, l'identité du médecin, la dénomination des médicaments, la posologie, la voie d'administration et la durée du traitement.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers (**)	%
Total de la non conformité (*)		
Dont traitement de sortie non retrouvé	15	26%
Dont traitement de sortie retrouvé mais avec au moins une cause de non-conformité	35	61%

Cause de la non conformité (*) - dossiers évalués: 35 (**)

Nom et prénom du patient	0	0%
Date de prescription	4	10%
Nom du prescripteur	0	0%
Dénomination des médicaments	10	24%
Posologie	19	45%
Voie d'administration	33	79%
Durée du traitement	25	60%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé.

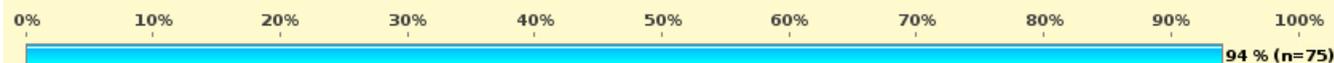
Critère 9 : Mention de l'identité de la personne de confiance Dossiers évalués :77

Pour chaque dossier, on retrouve une mention de l'identité de la personne de confiance : une trace du nom et du prénom de la personne ET de son numéro de téléphone OU de son adresse.



Critère 10 : Mention de l'identité de la personne à prévenir Dossiers évalués :80

Pour chaque dossier, on retrouve une mention de l'identité de la personne à prévenir : une trace du nom et du prénom de la personne ET de son numéro de téléphone OU de son adresse.



Critère 11 : Présence d'un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) et/ou d'un compte-rendu d'accouchement (si applicables) Dossiers évalués :78

Pour chaque dossier, on retrouve :

- un (ou des) compte(s) rendu(s) opératoire(s) est (sont) retrouvé(s) pour chaque intervention entraînant un passage au bloc opératoire ou en salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, ainsi que pour les endoscopies et les actes invasifs (techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale).
ET

- un compte rendu d'accouchement, quel que soit le mode d'accouchement (par voie basse ou césarienne). Ce compte rendu doit renseigner à minima sur l'identité du nouveau-né, son sexe, son poids, sa taille et son Apgar.



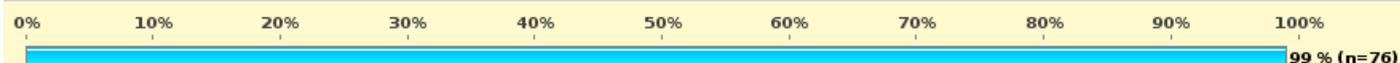
Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
Compte(s) rendu(s) opératoire(s) (dossiers évalués**=78)	0	0%
Compte rendu d'accouchement (dossiers évalués**=0)	0	

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé.

Critère 12 : Présence du dossier anesthésique (si applicable) Dossiers évalués :77



Critère 13 : Dossier transfusionnel renseigné (si applicable) Dossiers évalués :4

Pour chaque transfusion on retrouve les 6 éléments suivants : la fiche transfusionnelle, la carte de groupe sanguin, la fiche de distribution nominative, la prescription du produit sanguin signée par le médecin et, si concerné, la RAI et la fiche d'effet indésirable.



Détails de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
La fiche transfusionnelle	0	0%
Les documents de groupage sanguin	0	0%
La fiche de distribution nominative	0	0%
La prescription du produit sanguin labile signée par le médecin	0	0%
Si transfusion de globules rouges, le résultat de la RAI retrouvé (évalués: 4)	0	0%
Si incident, la fiche d'effet indésirable renseignée (évalués:0)	0	

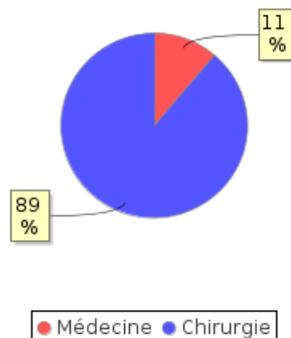
(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	9	11%
Chirurgie	71	89%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 65,40 Ecart-type = 17,87
Médiane = 67,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	3	4%
De 26 à 49 ans	5	6%
De 50 à 64 ans	21	26%
65 ans ou plus	48	60%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	41	51%
Féminin	39	49%
Total	80	100%

Séjour

	Nb	%
Mono RUM	73	91%
Multi RUM	7	9%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,81 Ecart-type = 2,46
Médiane = 3,00
Min = 1 Max = 12

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	48	60%
De 5 à 29	28	35%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle

Observations médicales : 57	72 %
Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement : 1	1 %
Prescriptions médicamenteuses : 78	99 %
Prescriptions autres que médicamenteuses : 79	100 %
Résultats des examens complémentaires : 47	67 %
Courriers accessibles dans le SI (hors CFH) : 1	1 %
Courrier de fin d'hospitalisation : 1	1 %
Dossier de soins : 79	100 %
Dossier anesthésique : 76	100 %
Dossier transfusionnel : 1	100 %

	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%

MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

Résultats donnés à titre d'information, les résultats définitifs seront disponibles après le contrôle qualité du recueil

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués :	80
Dossiers exclus(*) :	14

(*) Patient décédé ou muté à la fin du séjour

Le courrier de fin d'hospitalisation comprend les éléments nécessaires à la coordination en aval et est envoyé dans un délai inférieur ou égal à 8 jours (en %).

Résultat de l'indicateur

Moyenne (2016) :	31% (n*=25)
Intervalle de confiance à 95% (2016) :	[21% - 43%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Lorsque le courrier n'est pas retrouvé, par convention, le délai d'envoi est considéré supérieur à 8 jours.

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente

Valeur (2014)	63 %
Intervalle de confiance à 95% (2014)	[51% - 73%]

Détail de la non-conformité de l'indicateur délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation

	Nb de dossiers	%
Total de la non-conformité (un courrier est non conforme dès lors qu'il est non retrouvé ou avec un délai d'envoi supérieur à 8 jours ou qu'il manque un des quatre éléments nécessaires à la coordination en aval)	55	69%
dont courrier de fin d'hospitalisation non retrouvé	5	6%
dont courrier de fin d'hospitalisation retrouvé mais avec "un délai supérieur à 8 jours" (*)	22	28%
dont courrier de fin d'hospitalisation retrouvé mais "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" (*)	45	56%

(*) Un courrier peut avoir un délai supérieur à 8 jours et avoir des éléments manquants nécessaires à la coordination en aval

Courrier de fin d'hospitalisation retrouvé mais non conforme car (dossiers évalués (**)= 75)	50	67%
Courrier de fin d'hospitalisation "avec les éléments nécessaires à la coordination en aval" mais avec "un délai supérieur à 8 jours "	5	7%
Courrier de fin d'hospitalisation "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" mais avec "un délai inférieur ou égal 8 jours"	28	37%
Courrier de fin d'hospitalisation "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" et avec "un délai supérieur à 8 jours "	17	23%

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

Éléments nécessaires à la coordination en aval manquants (dossiers évalués (**)= 75) (***)	45	60%
L'identité du médecin destinataire	26	35%
Une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie)	13	17%
Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)	2	3%
Une trace écrite d'un traitement de sortie (évalués: 65)	13	20%

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé.

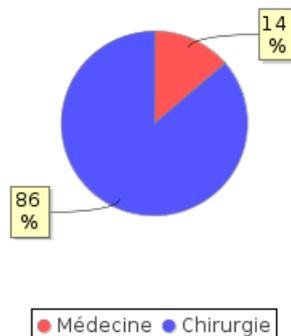
(***) Un courrier peut avoir plusieurs éléments manquants.

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	11	14%
Chirurgie	69	86%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 62,78 Ecart-type = 18,93
Médiane = 66,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	4	5%
De 26 à 49 ans	7	9%
De 50 à 64 ans	22	28%
65 ans ou plus	44	55%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	46	58%
Féminin	34	43%
Total	80	100%

Séjour

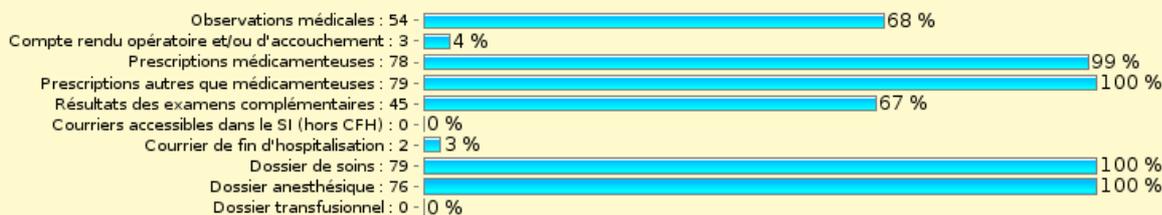
	Nb	%
Mono RUM	74	93%
Multi RUM	6	8%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,35 Ecart-type = 2,15
Médiane = 2,00
Min = 1 Max = 10

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	55	69%
De 5 à 29	21	26%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle



	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%



MCO 2016 Dossier du Patient

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Document de sortie

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués :	80
Dossiers exclus(*) :	14

(*) Patient décédé ou muté à la fin du séjour

Le document de sortie comprend les éléments nécessaires à la coordination en aval et est mis à disposition le jour de la sortie (délai égal à 0 jours) (en %).

Résultat de l'indicateur	
Moyenne (2016) :	26% (n*=21)
Intervalle de confiance à 95% (2016) :	[17% - 37%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Lorsque le document de sortie n'est pas retrouvée, par convention, le délai d'envoi est considéré supérieur à 0 jours.

Détail de la non-conformité de l'indicateur Document de sortie

	Nb de dossiers	%
Total de la non-conformité (un document de sortie est non conforme dès lors qu'il est non retrouvé ou avec un délai d'envoi supérieur à 0 jours ou qu'il manque un des quatre éléments nécessaires à la coordination en aval)	59	74%
dont document de sortie non retrouvé	5	6%
dont document de sortie retrouvé mais avec "un délai supérieur à 0 jour" (*)	29	36%
dont document de sortie retrouvé mais "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" (*)	45	56%

(*) Un document de sortie peut avoir un délai supérieur à 0 jour et avoir des éléments manquants nécessaires à la coordination en aval.

Document de sortie retrouvé mais non conforme car (dossiers évalués (**)) = 75	54	72%
Document de sortie "avec les éléments nécessaires à la coordination en aval" mais avec "un délai supérieur à 0 jour"	9	12%
Document de sortie "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" mais avec "un délai inférieur ou égal 0 jour"	25	33%
Document de sortie "sans les éléments nécessaires à la coordination en aval" et avec "un délai supérieur à 0 jour"	20	27%

(**) Le pourcentage est calculé sur le nombre de dossiers retrouvés pour le critère analysé

Eléments nécessaires à la coordination en aval manquants (dossiers évalués (**)) = 75	45	60%
(***)		
L'identité du médecin destinataire	26	35%
Une référence aux dates de séjour (date d'entrée et date de sortie)	13	17%
Une synthèse du séjour (contenu médical sur la prise en charge)	2	3%
Une trace écrite d'un traitement de sortie (évalués: 65)	13	20%

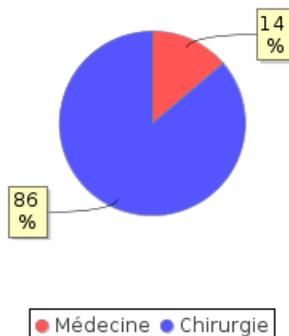
(***) Un document de sortie peut avoir plusieurs éléments manquants.

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	11	14%
Chirurgie	69	86%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 62,78 Ecart-type = 18,93
Médiane = 66,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	4	5%
De 26 à 49 ans	7	9%
De 50 à 64 ans	22	28%
65 ans ou plus	44	55%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	46	58%
Féminin	34	43%
Total	80	100%

Séjour

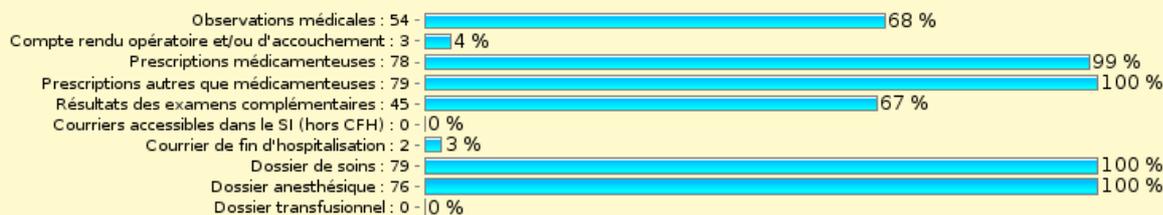
	Nb	%
Mono RUM	74	93%
Multi RUM	6	8%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,35 Ecart-type = 2,15
Médiane = 2,00
Min = 1 Max = 10

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	55	69%
De 5 à 29	21	26%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle



	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%



MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Qualité du document de sortie en MCO

Résultats donnés à titre d'information, les résultats définitifs seront disponibles après le contrôle qualité du recueil

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 80

Score de qualité du document de sortie

Résultat de l'indicateur

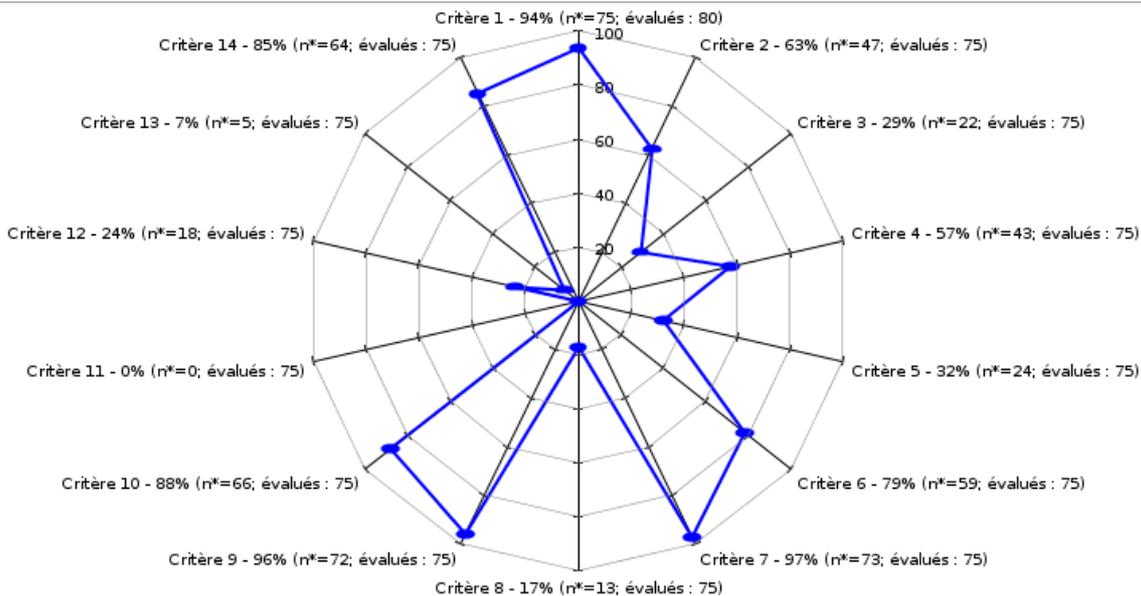
Valeur (2016): 30

Intervalle de confiance à 95% (2016) : [24 - 36]

La qualité du document de sortie est d'autant plus grande que le score est proche de 100.

Autres caractéristiques statistiques du score : Médiane = 38 Min = 0 Max = 83 Ecart-type = 27.19

Résultats détaillés par critères (14 critères composent le score national)



(*) n = nombre de dossiers conformes

- Critère 1 : Document de sortie retrouvé
- Critère 2 : Document daté du jour de la sortie
- Critère 3 : Remise au patient du document
- Critère 4 : Nom et coordonnées du médecin destinataire
- Critère 5 : Identification du patient
- Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie
- Critère 7 : Nom et coordonnées du signataire du document
- Critère 8 : Destination du patient à la sortie
- Critère 9 : Motif de l'hospitalisation
- Critère 10 : Synthèse médicale du séjour
- Critère 11 : Risques liés à l'hospitalisation
- Critère 12 : Actes techniques et examens complémentaires
- Critère 13 : Traitements médicamenteux
- Critère 14 : Planification des soins

Critères indispensables

Critère 1 : Document de sortie retrouvé

Le document de sortie peut être un courrier, un compte-rendu d'hospitalisation, un document, une fiche de liaison, ou tout autre document ayant pour but la continuité des soins.

**Critère 2 : Document daté du jour de la sortie**

Dossiers évalués :75

Il ne s'agit ni de la date d'envoi, ni de la date de remise, mais bien de la date indiquée sur le document de sortie (elle peut être similaire ou antérieure à la date de sortie). Pour les documents informatisés, la date retenue est la date de validation en vue d'une édition le jour de la sortie.

**Détails de la non-conformité**

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité		
Document non daté	20	27%
Date postérieure à la date de la sortie	8	11%

Rappel :

Pour les critères qui suivent, l'analyse du contenu du document de sortie est maintenue (critères médico-administratifs et critères médicaux), quelle que soit la date de rédaction du document de sortie, de manière à donner l'ensemble de l'information aux ES sur les documents de sortie retrouvés, pour leurs actions d'amélioration de la qualité.

Critères médico-administratifs**Critère 3 : Remise au patient du document**

Dossiers évalués :75

La mention de la remise du document au patient peut être retrouvée sur le document de sortie ou dans le dossier médical du patient.

**Critère 4 : Nom et coordonnées du médecin destinataire**

Dossiers évalués :75

Nom ET adresse (postale ou électronique) ou nom du service ET de l'hôpital en cas de transfert.

**Critère 5 : Identification du patient**

Dossiers évalués :75

Les quatre éléments doivent être retrouvés : nom de naissance (ou nom de jeune fille), prénom, date de naissance et sexe.

**Détails de la non-conformité**

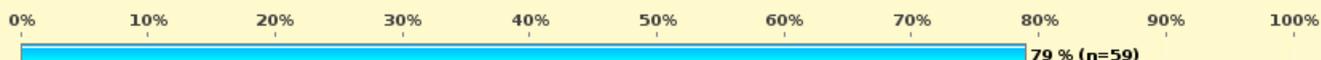
	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
Nom de naissance (ou nom de jeune fille)	21	28%
Prénom	1	1%
Date de naissance	40	53%
Sexe	15	20%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Critère 6 : Date d'entrée et date de sortie

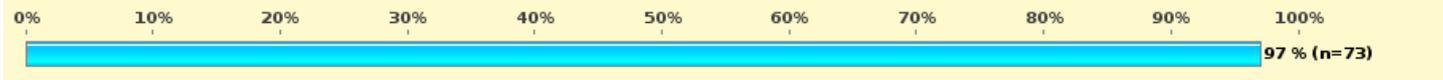
Dossiers évalués :75

Les deux éléments doivent être retrouvés : date d'entrée et date de sortie.

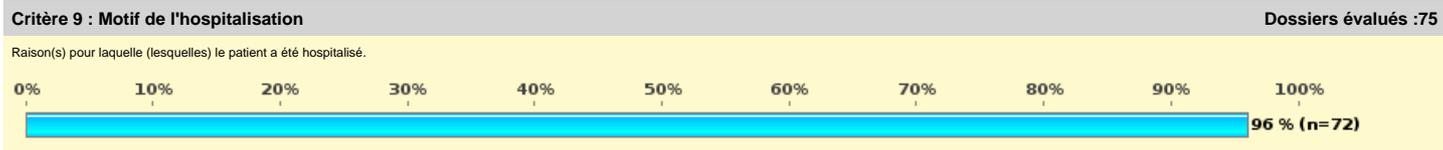
**Critère 7 : Nom et coordonnées du signataire du document**

Dossiers évalués :75

Identité du signataire du document (nom ET service ET hôpital) ET ses coordonnées (adresse (postale ou mail) ou téléphone).

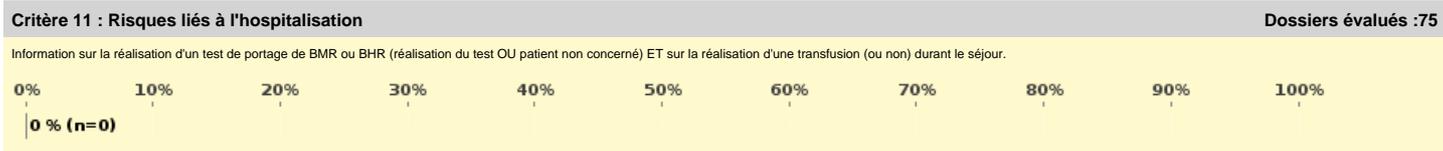


Critères médicaux



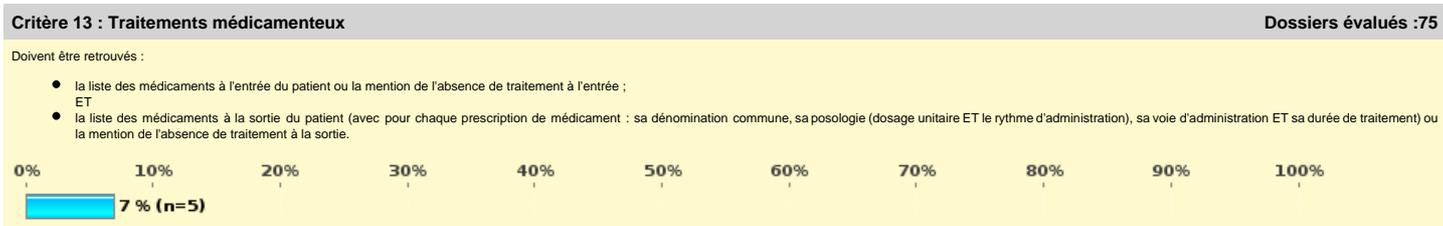
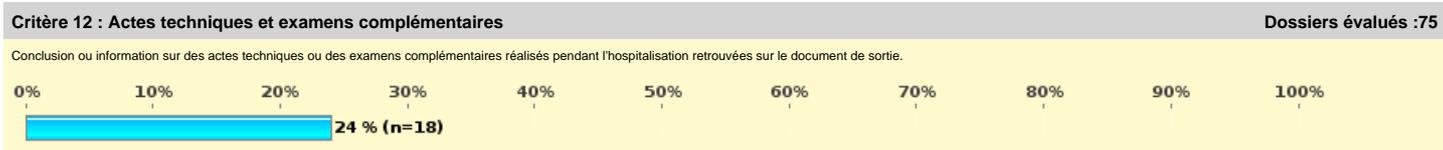
	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
La synthèse de la prise en charge du patient au cours du séjour	1	1%
Une synthèse de la situation clinique du patient à sa sortie	9	12%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.



	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
Une information sur la réalisation d'un test de portage de BMR ou BHR	4	5%
Une information sur la réalisation d'une transfusion (ou non) durant le séjour	75	100%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.



	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité (*)		
Trace écrite du traitement du patient à son entrée	65	87%
Trace écrite d'un traitement de sortie	14	19%
Dénomination des médicaments (dossiers évalués=50)	13	26%
Posologie (dossiers évalués=50)	23	46%
Voie d'administration (dossiers évalués=50)	37	74%
Durée du traitement (dossiers évalués=50)	27	54%

(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Pour la campagne nationale 2016, un nouvel item "mention de la suppression ou de la modification du traitement à l'entrée ou du traitement habituel" est proposé mais ne rentre pas dans le calcul du critère 13.

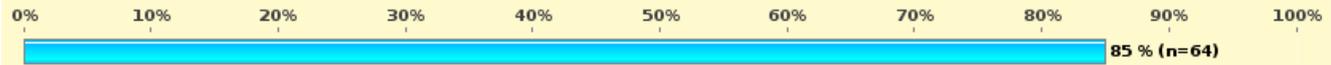
	Nb de dossiers	%
Retrouve-t-on une mention de la suppression ou de la modification du traitement à l'entrée ou du traitement habituel ?(*)		
Oui	3	2167%
Non	0	467%

(*) Calcul du critère parmi les dossiers où une trace écrite du traitement du patient à son entrée et une trace écrite d'un traitement de sortie sont retrouvées.

Critère 14 : Planification des soins

Dossiers évalués :75

Information sur la planification des soins, 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).

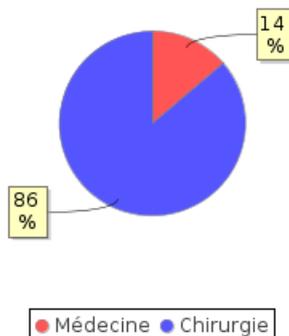


Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	11	14%
Chirurgie	69	86%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 62,78 Ecart-type = 18,93
Médiane = 66,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	4	5%
De 26 à 49 ans	7	9%
De 50 à 64 ans	22	28%
65 ans ou plus	44	55%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	46	58%
Féminin	34	43%
Total	80	100%

Séjour

	Nb	%
Mono RUM	74	93%
Multi RUM	6	8%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,35 Ecart-type = 2,15
Médiane = 2,00
Min = 1 Max = 10

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	55	69%
De 5 à 29	21	26%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle



	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%

MCO 2016 Dossier du Patient

Etablissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Traçabilité de l'évaluation la douleur

Résultats donnés à titre d'information, les résultats définitifs seront disponibles après le contrôle qualité du recueil

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 80

Pourcentage de séjours pour lesquels il existe :

au moins un résultat de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient non algique
OU
au moins deux résultats de mesure de la douleur avec une échelle dans le dossier du patient algique

Résultat de l'indicateur

Moyenne (2016) : 99% (n*=79)
Intervalle de confiance à 95% (2016) : [93% - 99%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Détails de la traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle

Un résultat de mesure de la douleur avec échelle dans le dossier du patient non algique : 0% (n*=0)
Deux résultats de mesure de la douleur avec échelle dans le dossier du patient algique (dont une mesure diagnostique et une mesure de suivi) : 99% (n*=79)

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente

Valeur (2014) 95 %
Intervalle de confiance à 95% (2014) [88% - 99%]

Détail de la non-conformité

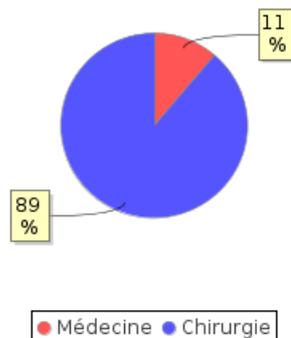
	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité	1	1%
Aucune « mesure diagnostique » de la douleur	0	0%
Une « mesure diagnostique » de la douleur sans échelle	0	0%
Une « mesure diagnostique » de la douleur avec échelle ET pas de « mesure de suivi » de la douleur chez le patient algique	1	1%
Une « mesure diagnostique » de la douleur avec échelle ET une « mesure de suivi » de la douleur sans échelle chez le patient algique	0	0%

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	9	11%
Chirurgie	71	89%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 65,40 Ecart-type = 17,87
Médiane = 67,00
Min = 14 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	3	4%
De 18 à 25 ans	3	4%
De 26 à 49 ans	5	6%
De 50 à 64 ans	21	26%
65 ans ou plus	48	60%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	41	51%
Féminin	39	49%
Total	80	100%

Séjour

	Nb	%
Mono RUM	73	91%
Multi RUM	7	9%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,81 Ecart-type = 2,46
Médiane = 3,00
Min = 1 Max = 12

	Nb	%
Moins de 2	4	5%
De 2 à 4	48	60%
De 5 à 29	28	35%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle



	Nb	%
Oui	0	0%
Non	1	1%
Partiellement	79	99%
Total	80	100%



MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Oui

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels

Résultats donnés à titre d'information, les résultats définitifs seront disponibles après le contrôle qualité du recueil

Dossiers pris en compte pour l'indicateur

Dossiers évalués : 80

Dossiers exclus(*) : 15

(*) Patient hospitalisé moins de 2 jours ou âgé de moins de 18 ans ou pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation ou en soins intensifs ou en surveillance continue ou en maternité ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou en soins palliatifs

Niveau 1

Poids noté dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (en %)

Résultat de l'indicateur

Moyenne (2016) : 100% (n*=80)

Intervalle de confiance à 95% (2016) : [100% - 100%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente

Valeur (2014) 99 %

Intervalle de confiance à 95% (2014) [93% - 99%]

Niveau 2

Poids ET Indice de Masse Corporelle (IMC) OU poids Et variation du poids notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (en %)

Résultat de l'indicateur

Moyenne (2016) : 100% (n*=80)

Intervalle de confiance à 95% (2016) : [100% - 100%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente

Valeur (2014) 99 %

Intervalle de confiance à 95% (2014) [93% - 99%]

Niveau 3

Poids ET IMC ET variation du poids notés dans le dossier au cours des deux premiers jours du séjour (en %)

Résultat de l'indicateur

Moyenne (2016) : 1% (n*=1)

Intervalle de confiance à 95% (2016) : [0% - 7%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à

l'année précédente

Valeur (2014)

0 %

Intervalle de confiance à 95% (2014)

[0% - 0%]

Détail de la non-conformité de l'indicateur dépistage des troubles nutritionnels Niveau 3

	Nb de dossiers	%
Total de la non conformité (*)	79	99%
Absence de poids noté dans le dossier au cours des 2 premiers jours du séjour	0	0%
Absence de la variation du poids notée dans le dossier au cours des 2 premiers jours du séjour	79	99%
Absence de l'IMC noté dans le dossier au cours des 2 premiers jours du séjour	0	0%

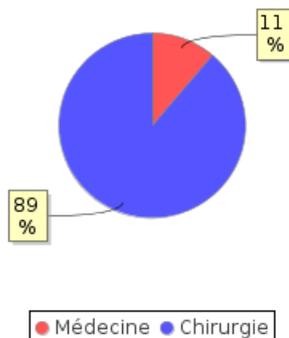
(*) Un dossier peut avoir plusieurs causes de non-conformité.

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	9	11%
Chirurgie	71	89%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 64,72 Ecart-type = 16,75
Médiane = 66,00
Min = 18 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	0	0%
De 18 à 25 ans	4	5%
De 26 à 49 ans	8	10%
De 50 à 64 ans	23	29%
65 ans ou plus	45	56%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	46	58%
Féminin	34	43%
Total	80	100%

Séjour

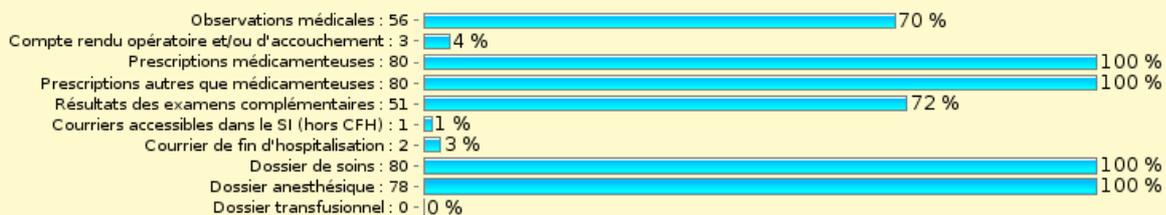
	Nb	%
Mono RUM	80	100%
Multi RUM	0	0%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,58 Ecart-type = 1,99
Médiane = 2,50
Min = 2 Max = 9

	Nb	%
Moins de 2	0	0%
De 2 à 4	55	69%
De 5 à 29	25	31%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle



	Nb	%
Oui	0	0%
Non	0	0%
Partiellement	80	100%
Total	80	100%

MCO 2016 Dossier du Patient

Établissement : POLYCLINIQUE DU COTENTIN (500002357)

Type de résultat : Résultats du protocole HAS

Sources : Données 2015

Recueil obligatoire : Non

Etat de validation : Verrouillé établissement

Résultats de l'établissement

Indicateur : Traçabilité du risque d'escarres

Dossiers pris en compte pour l'indicateur	
Dossiers évalués :	80
Dossiers exclus(*) :	7

(*) Patient hospitalisé moins de 2 jours ou âgé de moins de 18 ans ou pris en charge au cours des 2 premiers jours du séjour en réanimation ou en soins intensifs ou en surveillance continue ou en maternité ou en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou en soins palliatifs

Patients ayant eu une évaluation du risque d'escarre tracée au moyen d'une échelle ou d'un jugement clinique dans les 2 jours suivant l'admission et comportant une conclusion vis-à-vis de ce risque (en %)

Résultat de l'indicateur	
Moyenne (2016) :	9% (n*=7)
Intervalle de confiance à 95% (2016) :	[3% - 17%]

(*) n = nombre de dossiers conformes

Evolution du résultat de l'établissement par rapport à l'année précédente	
Valeur (2014)	0 %
Intervalle de confiance à 95% (2014)	[0% - 0%]

Détail de la non-conformité

	Nb de dossiers	%
Causes de non conformité	73	91%
Evaluation du risque d'escarre non retrouvée	73	91%
Evaluation retrouvée mais absence de conclusion vis-à-vis du risque d'escarre pour le patient	0	0%

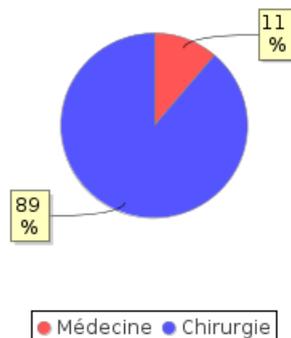
Pour information : nombre d'évaluations réalisées avec une échelle 7 9%

Dossiers traités

		Nb	%
	Retrouvés et évalués	95	100%
Dossiers non évalués	Dossiers exclus pour cause d'incohérence PMSI	0	0%
	Dossiers exclus car le patient ne souhaite pas que les données le concernant soient exploitées	0	0%
	Non retrouvés	0	0%
	Total	95	100%

Activité de soins MCO

	Nb	%
Médecine	9	11%
Chirurgie	71	89%
Obstétrique	0	0%
Non attribuée	0	0%
Total	80	100%



Patients et séjours pris en compte pour l'indicateur

Age (en années)
Moyenne = 66,20 Ecart-type = 16,68
Médiane = 67,50
Min = 18 Max = 94

	Nb	%
Moins de 18 ans	0	0%
De 18 à 25 ans	4	5%
De 26 à 49 ans	7	9%
De 50 à 64 ans	21	26%
65 ans ou plus	48	60%
Total	80	100%

Sexe

	Nb	%
Masculin	45	56%
Féminin	35	44%
Total	80	100%

Séjour

	Nb	%
Mono RUM	72	90%
Multi RUM	8	10%
Total	80	100%

Durée des séjours (en jours)
Moyenne = 3,95 Ecart-type = 2,39
Médiane = 3,00
Min = 2 Max = 12

	Nb	%
Moins de 2	0	0%
De 2 à 4	50	63%
De 5 à 29	30	38%
30 et plus	0	0%
Total	80	100%

Informatisation des séjours pris en compte pour l'indicateur

Informatisation partielle

Observations médicales : 57	-	71 %
Compte rendu opératoire et/ou d'accouchement : 1	-	1 %
Prescriptions médicamenteuses : 80	-	100 %
Prescriptions autres que médicamenteuses : 80	-	100 %
Résultats des examens complémentaires : 49	-	69 %
Courriers accessibles dans le SI (hors CFH) : 1	-	1 %
Courrier de fin d'hospitalisation : 1	-	1 %
Dossier de soins : 80	-	100 %
Dossier anesthésique : 78	-	100 %
Dossier transfusionnel : 1	-	100 %

	Nb	%
Oui	0	0%
Non	0	0%
Partiellement	80	100%
Total	80	100%