



Association des infirmières et infirmiers
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Normes pour LA TENUE DE DOSSIERS



MISSION

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est un organisme professionnel voué à la protection du public et au soutien de la profession infirmière. Elle remplit sa mission en veillant à la promotion et au maintien de normes de formation et de pratique infirmières, et en faisant la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick appuie les principes de l'autoréglementation, soit promouvoir une bonne pratique, prévenir une pratique indésirable et intervenir en cas de pratique inacceptable.

© ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK
2015

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de cette publication, sous quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur.

ISBN 1 895613-60-4

** Dans le présent document, le féminin est employé comme genre neutre pour le terme « infirmière » et désigne aussi bien les hommes que les femmes.*



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	4
PRINCIPES.....	5
BUT.....	5
NORME 1 : COMMUNICATION.....	6
NORME 2 : REDDITION DE COMPTES ET RESPONSABILITÉS.....	7
NORME 3 : SÉCURITÉ DE L'INFORMATION	9
ANNEXE A : FOIRE AUX QUESTIONS	10
ANNEXE B : SOUTIEN DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE TENUE DE DOSSIERS.....	14
ANNEXE C : MESURES LÉGISLATIVES QUI RÉGISSENT LA TENUE DE DOSSIERS.....	15
RÉFÉRENCES	16



INTRODUCTION

L'infirmière immatriculée¹ (II) est tenue d'établir et de tenir des dossiers de sa pratique professionnelle. À titre de membre d'une profession autoréglementée, l'infirmière a la responsabilité de s'assurer que les renseignements qu'elle consigne sont exacts (que ce soit dans un système papier ou électronique) et que sa tenue de dossiers respecte les *Normes pour la tenue de dossiers*, les *Normes d'exercice pour les infirmières immatriculées* et les *Normes d'exercice pour les infirmières praticiennes en soins de santé primaires* de l'AIINB. La tenue de dossiers établit la reddition de comptes, favorise des soins infirmiers de qualité, facilite la communication parmi les II et autres fournisseurs de soins de santé et illustre l'apport de la profession infirmière aux soins de santé.

Ces normes expliquent les exigences réglementaires et législatives qui s'appliquent à la tenue des dossiers infirmiers. Pour aider les II à comprendre les normes et à les appliquer à leur pratique individuelle, le contenu est organisé en trois énoncés normatifs, chacun présentant des principes généraux de l'exercice de la profession. Chaque énoncé normatif est suivi d'énoncés descriptifs correspondants, qui présentent la responsabilité que les II sont tenues de démontrer en matière de tenue de dossiers et les comptes qu'elles sont tenues de rendre. Même si la présentation et la technologie peuvent différer d'un endroit à l'autre dans la province, une tenue de dossiers infirmiers de qualité est attendue des II dans tous les aspects des soins et dans tous les milieux, y compris les II qui ont une pratique autonome.

Pour mieux soutenir les II dans l'application des normes, de l'information supplémentaire importante est fournie dans les trois annexes. L'annexe A est une foire aux questions sur la tenue de dossiers. L'annexe B présente à l'intention des membres de la profession des stratégies qui visent à appuyer des méthodes de qualité en matière de tenue de dossiers dans le milieu de travail. L'annexe C contient une liste des mesures législatives provinciales et fédérales qui régissent la tenue de dossiers infirmiers.

¹ Dans ce document, le terme « infirmière immatriculée » inclut les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes.



PRINCIPES

Le dossier infirmier :

- reflète le point de vue du client, identifie le fournisseur de soins et sert à consigner les soins infirmiers fournis, y compris les résultats des soins sur la santé du client;
- favorise la continuité des soins grâce aux communications intra et interprofessionnelles;
- fait état de l'engagement de l'II à l'égard de la prestation de soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique;
- montre que l'II a appliqué les connaissances, l'aptitude et le jugement infirmiers exigés par les normes professionnelles et déontologiques, les lois pertinentes et les politiques de l'employeur.

Qu'elle porte sur des clients individuels, des groupes ou des communautés, la tenue de dossiers sert à dresser un portrait clair des besoins ou des objectifs du client ou du groupe, des interventions de l'II en fonction de l'évaluation des besoins ainsi que des résultats et de l'évaluation de ces interventions.

BUT

Les données sont consignées au dossier à de nombreuses fins :

- indiquer les soins et services dont un client a besoin ou les soins qui ont été fournis;
- servir aux activités d'amélioration de la qualité;
- passer en revue les résultats obtenus par le client de façon à réfléchir à sa pratique et à cerner les lacunes qui serviront de fondement aux plans d'apprentissage;
- constituer une source utile pour la collecte de données de recherche dans le domaine de la santé;
- servir de source d'information pour la prise de décisions en matière de financement et de gestion des ressources;
- servir dans le cadre d'enquêtes ou autres procédures judiciaires.



NORME 1 : COMMUNICATION

Les infirmières immatriculées consignent au dossier des renseignements exacts, pertinents et complets au sujet de l'état du client, des besoins du client, des interventions infirmières et des résultats sur la santé du client.

ÉNONCÉS DESCRIPTIFS

L'infirmière immatriculée :

- 1.1 consigne les soins infirmiers qu'elle fournit en ordre chronologique, y compris tous les aspects de la démarche infirmière : l'évaluation du client, la planification, l'intervention et l'évaluation des soins;
- 1.2 consigne des données objectives et subjectives;
- 1.3 consigne toute communication importante avec les membres de la famille et les proches, les mandataires et les autres fournisseurs de soins et indique la date et l'heure de la communication;
- 1.4 consigne toute action entreprise au nom du client;
- 1.5 s'assure que les renseignements pertinents relatifs aux soins du client qui figurent dans des documents imprimés provisoires (p. ex., kardex, rapports de relais, cahiers de communication) sont consignés dans le dossier de santé permanent;
- 1.6 appose sa signature complète et son titre professionnel (II, ID, IP ou IPD) à chaque fois qu'elle consigne des renseignements au dossier – l'utilisation d'initiales est acceptable lorsqu'une liste maîtresse des signatures et initiales est intégrée à l'outil de tenue de dossiers ou au dossier clinique;
- 1.7 respecte toutes les exigences de l'employeur en matière de signature électronique;
- 1.8 écrit de façon lisible et à l'encre permanente lorsqu'elle utilise des documents papier;
- 1.9 utilise les abréviations et les symboles avec modération en s'assurant que chaque abréviation ou symbole correspond à une interprétation distincte et est approuvée par l'organisation ou le milieu d'exercice;
- 1.10 consigne les conseils, les soins ou les services fournis à un membre d'un groupe, à une communauté ou à une population (par exemple, séances d'éducation en groupe);
- 1.11 consigne les soins infirmiers fournis à l'aide de technologies de l'information et de télécommunication (par exemple, conseils dispensés par téléphone);
- 1.12 consigne le consentement éclairé qui a été donné pour les interventions et les traitements effectués.



NORME 2 : REDDITION DE COMPTES ET RESPONSABILITÉS

Les infirmières immatriculées consignent les renseignements au dossier conformément aux normes professionnelles et déontologiques, aux mesures législatives pertinentes et aux politiques de l'employeur.

ÉNONCÉS DESCRIPTIFS

L'infirmière immatriculée :

- 2.1 consigne les renseignements au dossier en temps opportun, c'est-à-dire durant, ou le plus tôt possible après, la prestation des soins ou l'événement;
- 2.2 inscrit la date et l'heure auxquelles les soins ont été fournis et auxquelles ils sont consignés;
- 2.3 consigne les renseignements en ordre chronologique;
- 2.4 signale les entrées tardives;
- 2.5 dans le cas de documents papier, inscrit les données dans l'espace libre qui suit en évitant de laisser des lignes vides, où une autre personne pourrait ajouter des notes. S'il y a des lignes vides, l'infirmière doit tirer un trait de la fin de l'entrée jusqu'à sa signature. Dans un système électronique, l'infirmière s'abstient de laisser des espaces vides dans une boîte en texte libre;
- 2.6 corrige les entrées erronées tout en s'assurant que l'information originale reste lisible et récupérable;
- 2.7 ne doit jamais effacer, retoucher ni modifier les entrées faites par toute autre personne;
- 2.8 consigne tout fait imprévu, inattendu ou anormal concernant le client, conformément à la politique de l'employeur, en inscrivant les faits de l'incident et tout soin connexe fourni par la suite;
- 2.9 consigne le fait que des renseignements portant sur une période donnée ont été perdus ou oubliés, le cas échéant;
- 2.10 indique clairement qu'une entrée est faite en remplacement de l'information perdue, le cas échéant;
- 2.11 consigne ses propres observations et actions – dans certaines situations (p. ex., code bleu, salle d'opération), il est acceptable de désigner une personne pour consigner les actions de l'équipe qui fournit les soins;



- 2.12 s'abstient de cosigner des entrées à moins qu'une politique de l'employeur indique clairement la raison pour laquelle une cosignature est requise (p. ex., double vérification indépendante de la préparation de médicaments, accord sur le calcul de la posologie);
- 2.13 identifie la personne à laquelle l'information sur le client est communiquée, y compris le nom et le titre professionnel ainsi que les renseignements qui sont fournis (par exemple, faire rapport à un médecin ou à une autre II);
- 2.14 réclame de l'employeur des politiques et procédures claires en matière de tenue de dossiers qui respectent les normes d'exercice de l'AIINB.



NORME 3 : SÉCURITÉ DE L'INFORMATION

Les infirmières immatriculées protègent les renseignements sur la santé des clients en maintenant la confidentialité et en se conformant à des politiques et procédures de conservation et de destruction de l'information qui sont compatibles avec les normes professionnelles et déontologiques, les lois pertinentes et les politiques de l'employeur.

ÉNONCÉS DESCRIPTIFS

L'infirmière immatriculée :

- 3.1 maintient la confidentialité des renseignements relatifs à la santé du client, y compris les mots de passe et données nécessaires pour accéder au dossier de santé du client;
- 3.2 comprend et respecte les politiques, les normes et les mesures législatives en matière de confidentialité, de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels;
- 3.3 s'abstient de consulter les dossiers de santé (y compris le sien) pour des raisons qui ne sont pas reliées à ses obligations professionnelles;
- 3.4 maintient la confidentialité des autres clients en utilisant des initiales ou des codes lorsqu'il est question d'une autre personne dans le dossier de santé du client (par exemple, utiliser des initiales pour consigner les propos de la personne qui partage la chambre du client);
- 3.5 aide le client ou son mandataire à se prévaloir de son droit de consulter et d'inspecter son dossier de santé et d'en obtenir une copie, comme il est défini dans les mesures législatives et les politiques de l'employeur;
- 3.6 obtient le consentement éclairé du client ou de son mandataire avant d'utiliser et de communiquer des renseignements le concernant à d'autres personnes ne faisant pas partie de l'équipe de soins, conformément aux mesures législatives applicables;
- 3.7 fait appel à un mode de communication protégé pour la transmission de renseignements sur la santé des clients (par exemple, utiliser un système de télécopie ou de courriel sécurisé);
- 3.8 conserve les dossiers de santé pendant la période de temps prescrite par la politique de l'employeur et les mesures législatives;
- 3.9 assure la destruction sûre et confidentielle des documents provisoires.



ANNEXE A : FOIRE AUX QUESTIONS

Qui devrait consigner les soins infirmiers?

Selon les circonstances, divers fournisseurs de soins peuvent s'occuper de la tenue de dossiers. Toutefois, pour des raisons de légalité et de reddition de comptes, le fournisseur qui a une connaissance personnelle ou de première main devrait être la personne qui consigne l'information, ce qui signifie généralement que la personne qui consigne est celle qui a fourni les soins. Une exception est faite dans les situations où une personne est désignée pour documenter les soins durant une intervention d'urgence (p. ex. code bleu).

Quelles sont les répercussions juridiques de la tenue de dossiers?

Lorsque le dossier d'un client est utilisé comme preuve, les tribunaux s'attendent à ce que le dossier donne un rapport complet des soins fournis au client depuis son admission jusqu'à son congé. Les renseignements consignés par les infirmières font partie intégrante du dossier et, selon la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC, 2007), les tribunaux peuvent se servir du dossier « pour reconstituer les événements, établir les heures et les dates, rafraîchir la mémoire des témoins et régler les conflits entre les témoignages ».

Lorsque des doutes sont soulevés au sujet de la pratique d'une II, les notes qu'elle a consignées au dossier peuvent servir à établir qu'elle a agi « de façon raisonnable et prudente » ou, à l'inverse, qu'elle n'a « pas observé les normes de soins attendues d'une infirmière raisonnable et prudente ». C'est la raison pour laquelle la SPIIC fait valoir que : « Si vous êtes dans l'obligation de pratiquer un acte infirmier précis sur un malade, comme la vérification des signes vitaux, et que vous ne notez pas au dossier que vous l'avez fait, le tribunal peut déduire que l'acte n'a pas été exécuté ».

À quelle fréquence dois-je consigner des renseignements au dossier?

La fréquence de la consignation au dossier dépend de nombreuses variables, dont :

- les politiques de l'employeur;
- la gravité et la complexité des problèmes de santé du client;
- le degré auquel l'état de santé du client et les traitements prévus l'exposent à des risques.

Les politiques de l'employeur sur la tenue de dossiers doivent être suivies pour assurer l'application d'une norme raisonnable et prudente en la matière; de plus, la consignation des notes infirmières devrait être plus complète, plus exhaustive et plus fréquente dans le cas d'un patient qui est très malade, dont l'état est imprévisible ou qui est exposé à un risque élevé.



À qui appartient le dossier de santé?

Le dossier, c'est-à-dire la chemise, le cartable ou l'application logicielle qui contient les renseignements du client, appartient au clinicien/à l'organisme de soins de santé (dépositaire) auprès duquel le client a cherché des services. Les données ou les renseignements concernant le client appartiennent au client. En conséquence, conformément à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* (2009), le client a le droit d'avoir accès à son dossier de santé pour le consulter ou le copier, et il peut demander que ses renseignements personnels sur la santé soient modifiés s'il estime qu'ils contiennent des inexactitudes ou qu'ils sont incomplets. Les politiques de l'employeur doivent préciser le processus à suivre lorsqu'un client veut avoir accès à ses renseignements personnels sur la santé ou que des modifications y soient apportées (ARNNL, 2010).

Que dois-je consigner au dossier?

Les renseignements consignés par l'infirmière doivent être une représentation fidèle de la démarche infirmière. Le dossier reflète la pensée critique et le jugement exercés pour décrire les événements, les interventions et les discussions tenues avec le client. Une consignation exhaustive et exacte des soins infirmiers fournis prouve que le membre réglementé a satisfait aux exigences attendues dans un tel rôle dans un milieu d'exercice donné (SRNA, 2013).

Pour déterminer ce qu'il est essentiel de documenter, la consignation au dossier de santé devrait comprendre, pour chaque épisode de soins ou de services, les éléments suivants :

- un énoncé clair et concis de l'état du client;
- les données d'évaluation pertinentes;
- toutes les actions de surveillance et communications;
- les soins et services fournis (toutes les interventions, y compris la défense des intérêts du client, les conseils, les consultations et l'enseignement);
- une évaluation des résultats, y compris la réaction du client ainsi que le suivi proposé;
- la planification du congé (CRNNS, 2012).

En tant qu'Il en pratique autonome, est-ce que je dois satisfaire aux mêmes normes en matière de tenue de dossiers?

L'Il en pratique autonome est tenue d'établir un système de tenue de dossiers qui satisfait aux normes décrites dans le présent document. En tant que « dépositaire » de dossiers de santé, elle doit aussi s'assurer de se conformer aux dispositions législatives fédérales et provinciales relatives aux renseignements personnels sur la santé. Par ailleurs, elle doit élaborer des politiques appropriées concernant l'entreposage, le repérage et la conservation des dossiers de santé. D'autres renseignements figurent dans le document de l'AIINB intitulé *Directives pour la pratique infirmière autonome*.



Quand est-il approprié d'utiliser des abréviations dans les renseignements consignés au dossier?

L'une des principales utilités du dossier clinique est d'appuyer la communication entre tous les fournisseurs de soins de santé qui travaillent avec un même client. En milieu clinique, il n'est pas rare d'utiliser des abréviations pour décrire les soins fournis dans les dossiers de santé pour économiser du temps et de l'espace. Cependant, les preuves s'accumulent pour montrer que cette pratique accroît la possibilité d'erreur, car les abréviations ne sont pas nécessairement comprises par tous ou peuvent être mal interprétées (Parvaiz, Subramanian et Kendall, 2008). En conséquence, de nombreuses organisations ont mis au point des politiques qui dissuadent d'utiliser des abréviations de façon générale ou qui limitent leur usage à une liste approuvée et normalisée.

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada a élaboré une liste d'abréviations à éviter parce qu'elles se sont avérées des sources d'erreur particulièrement fréquentes. Cette liste peut être téléchargée ici : <http://www.ismp-canada.org/fr/dossiers/bulletins/BISMPC2006-04.pdf>

Devrais-je cosigner ou contresigner les notes au dossier d'une autre II, d'un autre fournisseur de soins infirmiers ou d'une étudiante infirmière?

Une cosignature est une deuxième signature par laquelle la personne qui cosigne confirme avoir été témoin d'une activité ou d'un événement. La politique de l'employeur sur les cosignatures doit énoncer clairement aussi bien l'intention des cosignatures que les circonstances dans lesquelles une cosignature est exigée. Les II sont responsables de leurs propres actions et, normalement, il n'est pas nécessaire qu'une autre personne cosigne leur documentation.

Dans certains cas, la cosignature est une pratique prudente, par exemple s'il y a eu consentement verbal, à la suite d'une ordonnance téléphonique ou pour une vérification de posologie, la mise au rebut d'un narcotique ou la vérification de l'identité d'un client en vue d'une transfusion sanguine. Une cosignature implique une reddition de comptes partagée; il est donc essentiel que la personne qui cosigne ait effectivement été témoin ou participante de l'événement.

Une contresignature est une deuxième signature qui est apposée sur un document déjà signé, et cette signature est aveugle – la personne qui contresigne n'a pas été témoin de la première signature. Cette pratique n'est généralement pas appuyée ou nécessaire en soins infirmiers, mais elle peut être utile comme outil de contrôle de la qualité et devrait être appliquée conformément à la politique ou à la procédure de l'employeur. Un exemple serait une II qui vérifie un dossier pour déterminer si toutes les ordonnances sont correctement transcrites ou si toutes les interventions requises ont été effectuées. Une contresignature n'implique pas que la deuxième personne a fourni le service, mais plutôt que la deuxième personne a vérifié que le service a été fourni et consigné au dossier.



Cosigner ou contresigner des entrées inscrites par des personnes comme des II en orientation, des étudiantes infirmières ou des IAA n'est pas acceptable et pourrait ajouter un degré de responsabilité que l'II n'aurait pas assumé autrement (SRNA, 2013).

Quelles sont les normes qui s'appliquent à la tenue de dossiers électroniques?

La tenue de dossiers électroniques présente un risque plus élevé de rupture de confidentialité. Il faut adopter des politiques et des procédures et utiliser des technologies qui protègent le caractère confidentiel du dossier du client et assurent la sécurité du système. Cela s'applique tout particulièrement au transfert de renseignements (SPIIC, 2007). Sinon, les normes établies dans le présent document doivent être suivies pour la consignation électronique.

Est-ce que la préparation d'un rapport d'incident est la même chose que la consignation des soins infirmiers?

Les incidents sont généralement consignés à deux endroits, soit dans le dossier du client et dans un rapport d'incident, qui est un document distinct. La consignation au dossier sert à assurer la continuité des soins du client et doit être exacte, concise, factuelle, sans parti pris et faite par la personne qui a été témoin de l'événement. L'II doit éviter d'utiliser les termes « erreur », « incident » ou « accident » dans les notes qu'elle consigne sur les faits entourant l'événement.

Les organisations se servent des rapports d'incident, qui sont distincts des dossiers des clients, pour gérer les risques, suivre les tendances dans les systèmes et les soins aux clients et justifier les modifications aux politiques, aux procédures et à l'équipement. Les renseignements inscrits dans un rapport d'incident sont similaires à ceux inscrits dans le dossier d'un client; toutefois, le rapport d'incident comporte des renseignements supplémentaires au sujet de l'incident donné (p. ex., « une porte a été brisée » ou « c'est la quatrième fois cette semaine »). L'information consignée n'est pas directement reliée aux soins du client (CRNNS, 2012).



ANNEXE B : SOUTIEN DES PRATIQUES EN MATIÈRE DE TENUE DE DOSSIERS

Les II dans tous les milieux d'exercice doivent faire preuve des connaissances, de l'aptitude, du jugement et de l'attitude propres aux membres d'une profession de la santé autoréglementée. Elles doivent démontrer qu'elles comprennent le rôle qu'elles exercent dans l'amélioration de leur milieu de travail et préconiser des soins infirmiers de qualité. Les II et les employeurs contribuent à la création d'environnements de travail qui appuient des pratiques appropriées en matière de tenue de dossiers, à savoir :

- favoriser la participation du personnel infirmier dans le choix, la mise en œuvre et l'évaluation du système de tenue de dossiers ainsi que les politiques et procédures et les systèmes de gestion des risques pour la tenue de dossiers;
- assurer l'accès à un équipement de tenue de dossiers pertinent, fiable et disponible et à un soutien en technologie de l'information;
- assurer l'accès à un équipement de tenue de dossiers qui répond aux normes d'ergonomie;
- s'assurer que les systèmes de tenue de dossiers électroniques répondent aux normes pour la tenue de dossiers;
- avoir des politiques qui reflètent les normes de tenue de dossiers de façon à guider la pratique;
- s'assurer que l'orientation du personnel inclut les systèmes de tenue de dossiers ainsi que les politiques et les procédures qui s'y rattachent;
- s'assurer que des mécanismes et des ressources efficaces sont en place pour aider les infirmières à appliquer les politiques de l'employeur en matière de tenue de dossiers;
- favoriser le perfectionnement des compétences en gestion de l'information et du savoir des II et concevoir des activités d'amélioration continue de la qualité pour une tenue de dossiers efficace;
- préconiser l'utilisation de pratiques exemplaires dans la tenue de dossiers;
- élaborer des processus de gestion du rendement qui offrent des possibilités de perfectionner la tenue de dossiers;
- accorder suffisamment de temps au personnel pour qu'il puisse consigner les notes d'une manière appropriée et consulter les entrées antérieures;
- identifier et reconnaître l'excellence du personnel infirmier en matière de tenue des dossiers.



ANNEXE C : MESURES LÉGISLATIVES QUI RÉGISSENT LA TENUE DE DOSSIERS

La liste qui suit donne un aperçu des mesures législatives qui régissent la tenue de dossiers infirmiers. Cette liste n'est pas exhaustive, et elle peut être modifiée périodiquement. Les II doivent s'assurer de consulter la version courante des mesures législatives fédérales et provinciales.

LOIS FÉDÉRALES

La version courante des lois du Canada peut être consultée sur le site Web du ministère de la Justice :

<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/>

Loi sur l'accès à l'information, 1985

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, 1996

Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, 2000

Loi sur la protection des renseignements personnels, 1985

LOIS PROVINCIALES

La version courante des lois du Nouveau-Brunswick peut être consultée sur le site Web du Cabinet du procureur général :

http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/procureur_general/lois_et_reglements.html

Loi sur les services hospitaliers, 1973

Loi hospitalière, 1992

Loi sur les foyers de soins, 1982

Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, 2009



RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa (Ont.), l'association, 2008
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Fredericton (N.-B.), l'association, 2002.
- ASSOCIATION OF REGISTERED NURSES OF NEWFOUNDLAND AND LABRADOR. *Documentation Standards for Registered Nurses*, Saint John's, T.-N.-L., l'association, 2010.
- COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF NOVA SCOTIA. *Documentation guidelines for Registered Nurses*. Halifax (N.-É.), 2012.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO. *Norme d'exercice : La tenue de dossiers*. Toronto (Ont.), l'ordre, 2008.
- PARVAIZ, M.A., A. SUBRAMANIAN et N.S., KENDALL. « The use of abbreviations in medical records in a multidisciplinary world – an imminent disaster », *Communication & Medicine*, 2008, 5(1), 25-33.
- SASKATCHEWAN REGISTERED NURSES ASSOCIATION. *Documentation: Guidelines for Registered Nurses*. Regina (Sask.), l'association, 2011.
- SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « Les éléments de preuve », *InfoDROIT*, 2009, 18(2).
- SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. « La protection de la vie privée et les dossiers médicaux électroniques », *InfoDROIT*, 2009, 18(1).
- SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Les aspects légaux de la tenue des dossiers*. Consulté en anglais dans Internet le 6 janvier 2015 : <http://www.cnps.ca/index.php?page=86>. En français : <http://www.cnps.ca/index.php?page=141&lang=fr>
- SOCIÉTÉ DE PROTECTION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Une documentation de qualité : votre meilleure défense*. Ottawa (Ont.), la société, 2007.





165 rue Regent
Fredericton (N.-B.)
E3B 7B4
Canada

Tél. : 506-458-8731
Sans frais : 1-800-442-4417
www.aiinb.nb.ca