

The establishment of complete medicale record or file means of improving the care of patients : experience of the hospitals of MIABI et TSHILENGE in the Democratic Republic of Congo

Auteurs : Liza NDELELA¹, Joseph KABONGO², Mathieu CYABWILA³, John KANYAMANDA⁴

¹ MD, MPH, Médecin Coordonnateur Provincial PNLS, DPS KOR ; ²MD, MPH, Médecin chef de zone de santé de Miabi, KOR; ³MD, MPH, Analyste chargé de Suivi Évaluation, DPS KOR ; ⁴ MD, MPH, Assistant Technique ICE KOR

introduction: The quality of care is a major objective during various FED/european union health projects in Kasai oriental in the general reference hospital of TSHILENGE AND MIABI

Methodoly : A qualitative study evaluating the impact of the complete medical file in the improvement of the quality of care through an interview of care providers from HGR TSHILENGE and MIABI covering 2012 to 2022.

Frame: The general reference hospital of Miabi is a catholic confessional located in the rural commune of Miabi and offers care to 191 416 inhabitants of the health zone of Miabi and has one hundred and twenty beds set up.
The general reference hospital of Tshilenge is state-owned and located in the city of Tshilenge and has 355 538 inhabitants and has one hundred beds set up.

Conclusion:The quality of care approach and the best patient care are linked to the use of the complete medical file available, filled in correctly in the HGR MIABI and TSHILENGE.

Absence of tracable information on patients at begining of support the PAPANDS

Quality assements and verifiacion of benefits refletect the workload

The impact of PBF on the quality and archiving of medical records, clinical audist has formed work teams.

Encadre 1 : Constats des spécialistes sur la tenue de dossiers médicaux

- « L'heure de consultation et d'admission n'est pas marquée »
- « La feuille d'hospitalisation est absente »
- « La fiche de consultation fait office de fiche d'hospitalisation »
- « Les signes vitaux ne sont pas mentionnés sur toutes les fiches d'hospitalisation »
- « Le seul paramètre vital pris est la température »
- « Trop d'abréviations des termes sémiologiques et trop de signes et symboles compris seulement par celui qui remplit la fiche »
- « Pas de diagnostic de certitude établi par le médecin en cours d'hospitalisation ou à la sortie de L'hôpital »
- « La feuille de traitement n'indique pas clairement ce que le malade a reçu ou n'a pas reçu »
- « Il n'y a pas de diagnostic de certitude retenu à la sortie »
- « L'issue du malade n'est pas dans le dossier (sortie, évadé, ou décédé) »
- « Il n'y a pas de constat de décès, ni de tableau dans lequel est décédé le patient »
- « La sortie du patient de l'hôpital est autorisée par l'infirmier, sans avis médical »

BIBLIOGRAPHIE:
A.Lievre, "LE DOSSIER MÉDICAL : CONCEPTS ET EVOLUTIONS (DROITS DES PATIENTS ET IMPACT SUR LA RELATION SOIGNANTS-SOIGNÉS). I-INTRODUCTION," 2010. [Online]. Available: www.ethique.inserm.fr
B.« PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2011-2015, ministère de la santé en RD CONGO »
C. V, GARDETTE, « principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles, » 2010
CONTACT: lizandelela@gmail.com