

**COLLEGE OF PHYSICIANS AND  
SURGEONS OF NEW BRUNSWICK**

**GUIDELINE**

**THE PATIENT MEDICAL RECORD**

This guideline is intended to incorporate College policies, prevailing practices, and the provisions of the *Personal Health Information Protection and Access Act (PHIPAA)*.

**CONTENT OF RECORDS**

For records of physicians in private practice, College regulations require the following:

1. A member shall make records for each patient containing the following information:
  - a. The name, address, and date of birth of the patient;
  - b. For a consultation, the name and address of the primary care physician and of any health professional who referred the patient;
  - c. Every report received respecting the patient from another member or health professional;
  - d. The date of each professional encounter with the patient;
  - e. A record of the assessment of the patient, including,
    - i. the chief complaint or reason for the assessment;
    - ii. the history obtained by the member;
    - iii. the particulars of each medical examination by the member; and
    - iv. a note of any investigations ordered by the member and the results of the investigations.
  - f. A record of the diagnosis or provisional diagnosis;
  - g. A record of the disposition of the patient, including,

**COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

**DIRECTIVES CONCERNANT**

**LE DOSSIER MÉDICAL**

Les présentes directives visent à regrouper les politiques du Collège, les pratiques courantes et les dispositions de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé (LAPRPS)*.

**CONTENU DU DOSSIER**

En ce qui concerne les dossiers médicaux, les règlements du Collège exigent ce qui suit:

1. Un membre est tenu de constituer pour chaque malade un dossier qui comporte les renseignements suivants :
  - a. Les nom, adresse et date de naissance du malade;
  - b. Lorsqu'il s'agit d'un médecin consultant, les nom et adresse du médecin traitant et du professionnel de la santé qui lui a envoyé le malade;
  - c. Chaque rapport concernant le malade, reçu d'un autre médecin ou d'un professionnel de la santé;
  - d. La date de chaque rencontre professionnelle avec le patient;
  - e. Un rapport de l'évaluation du malade, dont
    - i. le symptôme dont se plaint le malade;
    - ii. les antécédents rapportés au membre;
    - iii. les détails de chaque examen médical effectué par le membre; et
    - iv. une note au sujet des examens demandés par le membre et des résultats des examens.
  - f. Une note sur le diagnostic ou le diagnostic provisoire;
  - g. Une note sur les mesures prises, y compris

