

Carolina Family Health Centers, Inc.

Peer Review Tally Sheet

Medical Provider: _____

Date of Review _____

	Chart 1			Chart 2			Chart 3			Chart 4			Chart 5			
Patient's ID Number																
History of the Present Illness (HPI)	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Past Medical History and Medication Reconciliation	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Physical examination	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Assessment/diagnosis	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Treatment Plan	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Appropriate use of Consultation/Referrals	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Disposition	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Health Maintenance	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>
Compliance with established policies and procedures and documentation	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	<i>Yes</i>	<i>No</i>	<i>N/A</i>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cannot Assess <input type="checkbox"/>

*Meets standard if more than half of charts reviewed meets standard. Cannot Assess if majority are marked N/A or equal number of meets and does not meet standard are checked.

Reviewer Name: _____

December 2024

CLN-103P Medical Provider Peer Review