

RESUME DE L'OBSERVATION

INFORMATIONS GENERALES

- Nom, âge, état civil, profession.
- Référé par...

MOTIF DE CONSULTATION

- En une phrase, la(les) plainte(s) principale(s) du patient qui motivent la consultation.

INFORMATIONS GENERALES

Madame Ariane Destin, mariée, trois enfants, femme au foyer.

MOTIF DE CONSULTATION

Douleurs abdominales depuis 3 heures.

A EVITER

MOTIF DE CONSULTATION

« Selles diarrhéiques 5 à 6x/j depuis 8 mois avec fièvre et crampes abdominales intermittentes. A aussi perdu du poids »

LE MOTIF DE CONSULTATION N'EST PAS L'ANAMNESE

VEILLEZ A REPRENDRE LE MOTIF DE CONSULTATION SELON LES TERMES DU PATIENT

ANAMNESE ACTUELLE

- **Résumé chronologique** de l'histoire de la maladie actuelle.
- Utile de préciser d'emblée si le problème actuel survient dans le contexte d'une maladie chronique qui influence le raisonnement clinique.
- Soyez chronologique et précis.
- Décrivez en détail les symptômes importants.
- Citez les symptômes dont l'absence est importante pour la compréhension.
- Evitez les locutions introductrices: *le patient dit...*, *la patiente précise que..*

ANAMNESE ACTUELLE

Une heure après un repas d'anniversaire, apparition d'une douleur de l'hypochondre D rapidement intense (6/10), constante, irradiant dans l'épaule D. La douleur persiste depuis 3h, elle est un peu soulagée en position fléchie en avant et s'accompagne de nausées. Un épisode de vomissement alimentaire avant de venir à la consultation. Pas de fièvre, de frissons ni d'autres troubles du transit. Poids stable. Pas d'automédication. Rares épisodes de douleurs similaires par le passé après des repas copieux, mais moins intenses et disparaissant spontanément.

A EVITER

ANAMNESE ACTUELLE

Pas d'éléments de l'examen physique

FR, TA ou T° ou « patiente en bon état général »

Pas de diagnostics

Ex : *« patiente consultant pour une diarrhée chronique probablement secondaire à une maladie inflammatoire de l'intestin.*

Evitez les appréciations subjectives

« Très gentille patiente » ou « patiente très revendicative »

Par contre une information sur la capacité de collaborer est utile

ANTECEDENTS PERSONNELS

- Résumé chronologique des maladies physiques / mentales, des opérations, des blessures /accidents, et des hospitalisations non évoqués dans l'anamnèse actuelle.
- Recherchez activement et attentivement des antécédents qui auraient un lien possible avec l'histoire actuelle. Lorsqu'un patient donne un diagnostic, vérifiez-en la fiabilité.
- Signalez les allergies en précisant le type de réaction allergique.

ANTECEDENTS PERSONNELS

Appendicectomie à l'âge de 8 ans.
Bonne santé habituelle. Pas d'allergies connues

A EVITER

Evènements non datés

Ne confondez pas avec l'anamnèse par système

« pas de prise de poids, pas d'ictère »

HABITUDES

- La liste des médicaments avec leur posologie. Précisez si un médicament vient d'être introduit ou sa posologie a été modifiée récemment.
- Abus de substance: tabac, alcool, drogues.
- Exercice physique, habitudes alimentaires.

HABITUDES

Aucun médicament régulier.

Paracétamol en cas de céphalées

Ancien tabagisme à 25 UPA stoppé il y a 5 ans.

Pas d'alcool ni de drogues.

A EVITER

Médicaments pour une HTA

A arrêté de fumer il y a 5 ans

ANTECEDENTS FAMILIAUX

- Problèmes de santé dans la famille :
parents /frères, sœurs / petits-enfants
- Maladie importante ? Maladie chronique ?

Recherchez surtout :

- Décès précoces et leur cause.
- Maladies qui peuvent être associée à un risque génétique:
diabète, cancers, HTA, hypercholestérolémie.
- Un risque de contagie (tuberculose).

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Fille unique.

Père hypertendu, décédé d'un infarctus à 76 ans.

Mère diabétique traitée par antidiabétiques oraux.

ANAMNESE SOCIO-PROFESSIONNELLE

- Repères biographiques importants permettant de comprendre qui est le malade:
 - *origine*
 - *situation familiale*
 - *situation professionnelle*
 - *événements de vie importants*
 - *croyance.*
 - *Facteurs de stress*

REVUE PAR SYSTEME

ANAMNESE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Vie familiale décrite comme harmonieuse.

REVUE PAR SYSTEME

EXAMEN PHYSIQUE

Apparence générale, orientation, collaboration.

Paramètres vitaux.

Description des signes physiques par système.

- Décrivez les signes anormaux ainsi que les signes normaux qui modifient la compréhension du cas.
- Evitez les détails triviaux.
- Utilisez des termes positifs : tympan intacts.
et non tympan sans rougeur ni perforation
- Evitez les redondances: abdomen tympanique
et non abdomen tympanique à la percussion
- Evitez les locutions introductrices.

EXAMEN PHYSIQUE

Patiente algique, état général conservé, orientée et collaborante.

Anictérique, conjonctives normohémiées, pas de lésions cutanées.

Afébrile (37.2), pouls à 72/min régulier, TAH 135/75, FR à 16/min.

Langue saburrale. Abdomen symétrique. Cicatrice d'appendicectomie. Bruits de tonalité normale. Abdomen souple, douleur à la palpation superficielle de l'hypochondre D augmentée à la palpation profonde. Pas de défense ni de douleur à la détente. Foie au rebord costal, percuté sur 10 cm. Signe de Murphy positif. Rate non palpée. TR : indolore, pas de masse pathologique.

EXAMEN PHYSIQUE

Attention aux « RAS », « SP » et « OK »

« inspection sp - - palpation abdo sp »

« Foie et rate en ordre »

« pouls, TA : TVB », « signes vitaux dans la norme »

« TA plus ou moins normale

NE NOTER QUE CE QUE VOUS AVEZ EFFECTIVEMENT FAIT !

SIGNALER SI UNE PARTIE IMPORTANTE DE L'EP N'A PAS ETE FAIT !