

# Base de données Dossier patient électronique

Cahier des charges

**DERNIÈRE MODIFICATION LE 21.01.2025**

Table des matières

1. Introduction .....3

    1.1Contexte du projet .....3

    1.2 Objectifs .....3

2. Cahier des charges .....3

    2.1 Structure de la base de données .....3

    2.2 Fonctionnalités requises .....7

    2.3 Contraintes techniques .....7

3. Modèle de données .....8

    3.1 MCD .....8

# 1. Introduction

## 1.1 Contexte du projet

Les médecins d'un hôpital utilisent toujours le format papier pour leurs patients.

Cet hôpital ayant récemment installé des ordinateurs dans la plupart des bureaux des médecins, a besoin d'une base de données pour qu'ils puissent garder les données de leur patient autre part que sur du papier.

## 1.2 Objectifs

- Améliorer l'accessibilité et la gestion des données
- Réduire les coûts et l'optimisation de l'espace
- Faciliter l'analyse et le reporting
- Adopter les technologies avancées

# 2. Cahier des charges

## 2.1 Structure de la base de données

Cette base de données qui va s'appeler dossier\_patient va contenir 10 tables et leurs relations qui va être décrit comme cela :

Patient :

Cette table va contenir les données de base sur les patients.

- Id\_patient : le numéro attribué au patient
- nom\_patient : le nom du patient.
- prenom\_patient : le prénom du patient.
- date\_naissance : la date de naissance du patient.
- rue : le nom de la rue du patient.
- code postal : son code postal.
- localite : le nom de sa ville ou de son village.
- telephone : son numéro de téléphone.
- e\_mail : son e-mail

Relation : dossier (Informer)

## Dossier :

Cette table va regrouper les données générales du dossier médical du patient.

- id\_dossier : le numéro attribué à un dossier.
- id\_patient : le numéro attribué à un patient (viens de la table patient).
- date\_debut : la date de début de la visite du patient à l'hôpital.
- date\_fin : la date du dernier jour de visite du patient à l'hôpital.
- statut : l'état actuel du patient.

Relations : Patient (informer), Rapport (rapporter), Consultation (consulter), Prescription(contenir), Anamnèse (situer), Examen (examiner), Signe vital (mesurer)

## Consultation :

Cette table va contenir les données des détails de chaque visite médicale.

- id\_consultation : le numéro attribué à la consultation.
- date\_consultation : le jour de la consultation.
- motif : le motif de la visite médicale.
- diagnostic : le diagnostic s'il y a une maladie.
- notes : les notes prises lors de la consultation.

Relation : Dossier(consulter)

## Prescription :

Cette table va stocker les ordonnances médicales.

- id\_prescription : le numéro attribué à la prescription.
- id\_medicament : le numéro attribué au médicament (venant de la table médicament).
- posologie : les modalités d'administration du médicament prescrit.
- duree\_traitement : la durée du traitement.
- debut\_prescription : la date de début de la prescription.
- fin\_prescription : la date de fin de la prescription

Relations : Dossier (contenir), Médecin (prescrire), Médicaments (contenir)

## Anamnèse :

Cette table va contenir les données sur l'historique médical du patient.

- id\_anamnese : le numéro attribué à l'anamnèse.
- id\_dossier : le numéro attribué au dossier (venant de la table dossier)
- histoire\_de\_vie : l'historique détaillé de la maladie actuelle du patient.
- antecedent\_medicaux : les informations sur les maladies passées.
- probleme : les informations sur le problème.
- allergies : les informations sur les allergies du patient.

Relations : Dossier (situer)

## Examen :

Cette table va stocker les résultats des examens.

- id\_examen : le numéro attribué à l'examen.
- type\_examen : le type d'examen réalisé
- date\_examen : le jour de l'examen.
- résultats : le/les résultat(s) des examens

Relations : Dossier (Examiner)

## Signe vital :

Cette table va contenir les données de surveillance du patient.

- id\_signe\_vital : le numéro attribué au signe vital mesuré.
- id\_dossier : le numéro attribué au dossier d'un patient (venant de la table dossier).
- date\_signe\_vital : la date de la mesure du signe vital.
- type\_signe\_vital : le type de mesure d'un signe vital.
- valeurs : la valeur de la mesure.

Relations : Dossier (mesurer)

## Rapport :

Cette table va contenir les comptes rendus médicaux.

- id\_rapport : le numéro des rapports des médecins.
- id\_dossier : le numéro attribué au dossier d'un patient (venant de la table dossier).
- date\_rapport : la date du rendu du rapport.
- type\_rapport : le type de rapport utilisé.
- texte\_rapport : le texte écrit dans le rapport.

Relations : Dossier(rapporter)

## Médecin :

Cette table va contenir les données du médecin.

- id\_medecin : le numéro attribué au médecin.
- nom\_medecin : le nom du médecin
- prenom\_medecin : le prénom du médecin
- sexe\_medecin : le genre du médecin
- telephone\_medecin : le numéro de téléphone du médecin

Relations : Prescription(prescrire)

## Médicaments :

Cette table va contenir les données des médicaments prescrit au patient.

- id\_medicament : le numéro attribué au médicament
- nom\_medicament : le nom du médicament
- dosage\_medicament : le dosage par jour
- forme\_medicament : la forme du médicament

Relations : Prescription (contenir)

## 2.2 Fonctionnalités requises

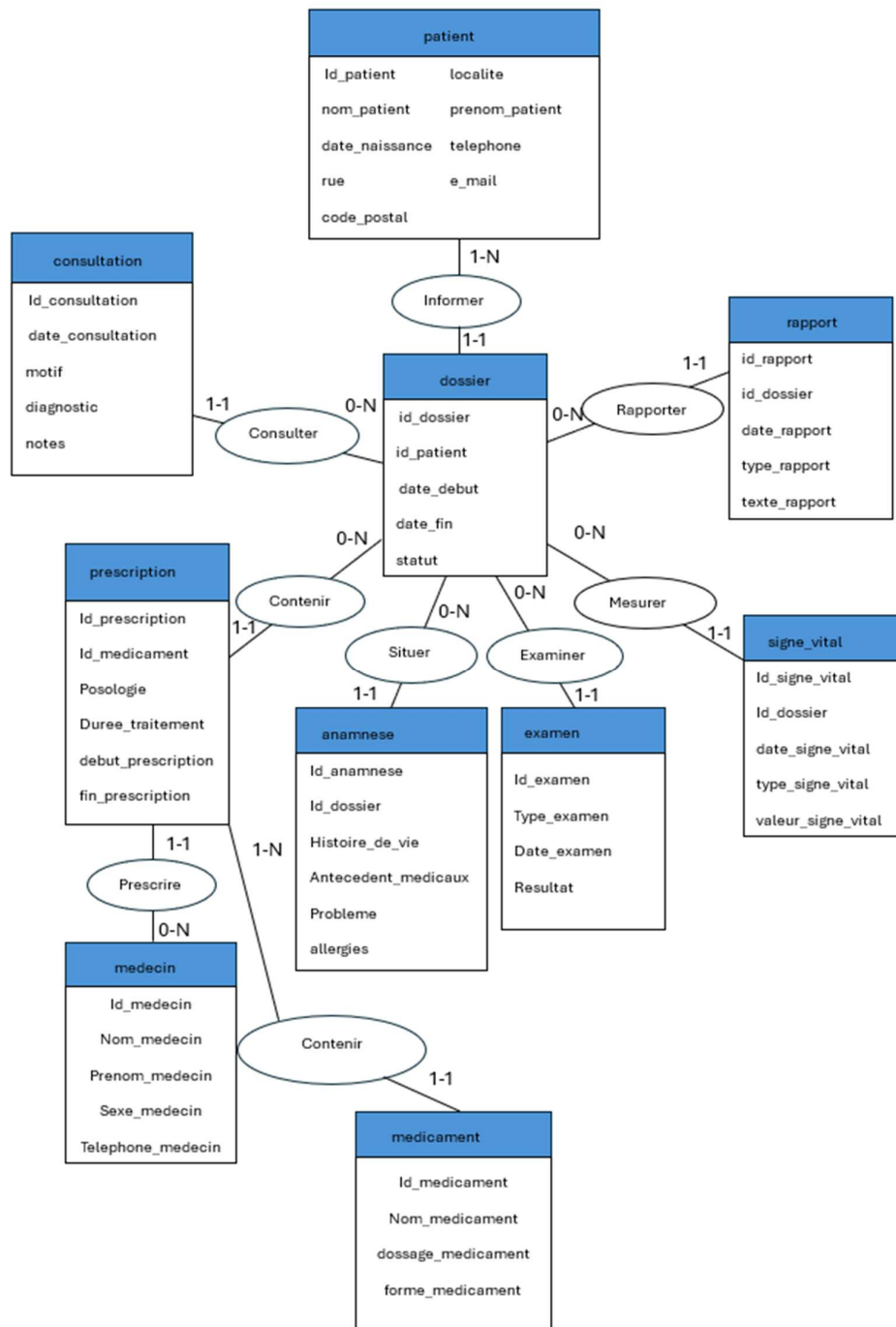
1. Création et gestion des dossiers patients
2. Enregistrement des consultations et examens
3. Suivi des prescriptions médicamenteuses
4. Stockage sécurisé des données personnelles et médicales
5. Possibilité de générer des rapports
6. Interface pour la saisie et la consultation des données

## 2.3 Contraintes techniques

- Utilisation de phpMyAdmin pour la création et la gestion de la base de données
- Définition des clés primaires et étrangères pour établir les relations entre les tables
- Utilisation de l'encodage UTF-8 pour supporter les caractères spéciaux

### 3. Modèle de données

### 3.1 MCD





## 3.2 MLD

