**MODELE OBSERVATIONS**

**1- Identité :**

Il s’agit de Mr/Mme

âgé de,

profession,

habitant à

originaire de ,

marié/célibataire,

père/mère

de x enfants.

Mutualiste

**2- Motif de consultation/hospitalisation :**

**3- Antécédents :**

**XXX Personnels :**

AAA Médicaux :

* Diabète **oui/non** 
  + **Si oui : depuis quand ….. Sous quel traitement …..**
* HTA **oui/non** 
  + **Si oui : depuis quand ….sous quel traitement …..**
* Autre

AAA Gyneco-obstéricaux : si femme

* Ménarche :
* Cycles :
* Dernière régles :
* Pas de notion de contraception
* GPE

AAA Toxique :

AAA Allergiques :

AAA Chirurgicaux :

**XXX Familiaux :**

**XXX Histoire de la maladie :**

**4- Examens :**

**XXX Examen clinique :**

AAA **Examen général :**

Orientation dans le temps et l’espace : **bien/mal**

Conjonctive : **normalement colorée/ décolorée/ ictérique**

TA :

FC :

FR :

T :

Dextro :

**Autre :**

AAA **Examen abdominal**

**XXX Inspection :**

* Cicatrice **oui/non**
  + **Si oui : opéré quand … pourquoi … comment …**
* Voussure **oui/non**
* Distension de l’abdomen **oui/non**
* Circulation veineuse collatérale **oui/non**
* Ombilic **bien plissé/déplissé**
* **Autre :**

**XXX Palpation** :

* Contractures **oui/non**
* Défense **oui/non**
* Hépatomégalie **oui/non**
* **Autre**

**XXX Percussion :**

* Flèche hépatique normale **oui/non**
* Matité diffuse **oui/non**
* Abdomen tympanique avec conservation de la matité pré-hépatique **oui/non**
* **Autre**

**XXX Auscultation :**

Bruits hydro-aériques audibles **oui/non**

**XXX Orifices herniaires :**

Orifices herniaires libres **oui/non**

* Si non quel **orifice**

**XXX Toucher rectal :**

Inspection :

Palpation :

AAA **Examen pleuropulmonaire :**

**XXX Inspection :**

* Respiration normale **oui/non**
* Cyanose **oui/non**
  + Si oui : généralisée ? localisée … ou ?
* Thorax symétrique **oui/non**
* **Autre**

**XXX Palpation :**

* Vibration vocale bien perçues **oui/non**

**XXX Percussion :**

* Poumons tympaniques **oui/non**

**XXX Auscultation :**

* Murmures vésiculaires bien perçus **oui/non**
* Râle **oui/non**
  + Si oui : type de râles ? où ?
* **Autre**

AAA **Examen cardio-vasculaire :**

**XXX Facteurs de risques cardio vasculaires :**

Age

Sexe

ATCD familiaux

Obésité

Sedentarité

Habitudes nutritionelles

Tabac

HTA

Dyslipidémie

Diabète

**XXX Inspection :**

* Thorax symétrique **oui/non**
* déformation thoracique **oui/non**
  + Si oui : de quel type ?
* Cicatrice **oui/non**
  + **Si oui : opéré quand … pourquoi … comment …**
* cyanose **oui/non**
  + Si oui : généralisée ? localisée … ou ?
* circulation veineuse collatérale **oui/non**
* voussure **oui/non**
* d’œdèmes des membres inferieurs **oui/non**
* turgescences des veines jugulaires **oui/non**
* reflux hépato-jugulaire **oui/non**

**XXX Palpation :**

* Choc de pointe non dévié **oui/non** 
  + Si dévié : gauche ou droite
* frémissements **oui/non**
* thrill **oui/non**
* Pouls bien perçus **oui/non**
  + Si non : quel pouls mal perçu
* œdèmes des membres inferieurs **oui/non**
  + **Si oui :** 
    - **prennent le godet oui/non**
    - **mou / dur**
    - **Indolore / douloureux**
    - blanc **oui/non**

**XXX A l’auscultation**

* B1 et B2 bien perçu au niveau des 4 foyers **oui/non** 
  + **Si non où**
* souffles oui/non
  + si oui :
    - type de souffle
    - Intensité
    - Localisation
    - Systolique / diastolique
* Pas de bruits surajoutés

AAA **Examen neurologique :**

**XXX Patient conscient avec un score de Glasgow de /15**

* Réponse oculaire /4
* Réponse motrice /6
* Réponse verbale /5

**XXX Examen de la marche et de la station debout :**

* Station debout : normale
  + Signe romberg négatif
* Marche normale oui/non
  + Si non :
    - Marche spastique
    - Marche parkinsonienne
    - Steppage
    - Marche ataxique
    - Marche dandinante

**XXX Force musculaire :**

AAA **Force musculaire globale :**

* + Épreuve de Mingazzini : tient le Mingazzini **oui/non**
  + Épreuve de Barret : tient le barret **oui/non**

AAA **Force musculaire segmentaire** est de :

* + /5
  + Conservé au niveau des différents segments oui/non
    - **si non quel segment altéré**
* La nuque est souple **oui/non**

**XXX Tonus musculaire** normale

**XXX Réflexes :**

* Réflexe ostéo-tendineux :
  + Membres supérieurs :
    - réflexe bicipital, **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
    - réflexe tricipital, **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
    - réflexe cubito-pronateur, **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
    - réflexe stylo-radial **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
  + Membres inférieurs :
    - réflexe rotulien, **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
    - réflexe achilléens **oui/non**
      * bilatéral **oui/non**
* Réflexe cutanéo-muqueux :
  + Réflexe cutanéo-abdominal : **présent/absent**
  + Réflexe cutanéo-plantaire (babinski) : **oui/non**

**XXX Sensibilité :**

* Superficiel :
  + trouble sensitif tactile **oui/non**
  + Trouble sensitif thermo algique **oui/non**
* *Profonde :* 
  + trouble arthrokinétique **oui/non**
  + Vibratoire **oui/non**

**XXX Coordination** :

* Trouble de la coordination **oui//non**
* Le mouvement doigt nez est réalisé normalement **oui/non**
* Le mouvement talon-genoux est réalisé normalement **oui/non**

**XXX Nerfs crâniens :**

* + Nerf olfactif : olfaction conservée **oui/non**
  + Nerf optique : champs visuels conservés dans l’œil droite et gauche **oui/non**
  + Les nerfs oculomoteurs (3, 4, 6) : oculomotricités conservées. **oui/non**
  + Nerf trijumeau (V1, V2, V3) : Sensibilité normale au niveau des 3 branches **oui/non**
  + Nerf facial : paralysie faciale **oui/non**
  + Nerf cochléo-vestibulaire : trouble d’audition. **oui/non**
  + Les nerfs glossopharygien : troubles de la déglutition **oui/non**
  + Le nerf spinal : déficit du trapèze **oui/non**
  + Le nerf grand hypoglosse : paralysie de la langue **oui/non**

**XXX Fonctions supérieures** :

* Apraxie **oui/non**
* Langage : séquelles d’aphasie **oui/non**
* La mémoire :
  + - * + En situation quotidienne normale **oui/non**
        + Autobiographique normale **oui/non**

**XXX Fonctions cognitives :** normale **oui/non**

AAA **Examen des aires ganglionnaires :**

**XXX Inspection :**

* Pas de rougeur
* Pas d’ulcération
* Pas de tuméfaction visible

**XXX Palpation**

* Aire axillaire libre **oui/non**
* Aire inguinale libre **oui/non**
* Autre

AAA **Examen cutanéo-muqueux :**

**XXX Inspection :**

* signe de pâleur **oui/non**
* cyanose des extrémités **oui/non**
* ictère **oui/non**
* autre

**XXX Conclusion clinique :**

Il s’agit de …. Âgé de …. Ayant pour ATCD ….Consultant pour…. Chez qui l’examen clinique retrouve….

**5- Diagnostics :**

**XXX Diagnostics à évoquer :**

**XXX Examen complémentaire :**

**XXX Conclusion paraclinique et diagnostic retenu :**

**the\_end**