

Par Dr Benmellouk Hajar

Et Dr Drissi El Jawhari Sagha

"IT'S A
BEAUTIFUL
DAY TO SAVE
LIVES"



Mon premier guide d'externat



PREFACE :

PENDANT L'EXTERNAT, L'APPRENTISSAGE DES PATHOLOGIES PERMET DE REVENIR SUR UNE SEMIOLOGIE ORIENTEE QUI SE RAPPROCHE DE CE QUE FAIT UN MEDECIN EN CONSULTATION. L'ANAMNESE PERMET DE SELECTIONNER 2 OU 3 ETIOLOGIES QUI SERONT ARGUMENTEES PAR L'EXAMEN PHYSIQUE ET, SI NECESSAIRE, PAR DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

IL NE S'AGIT PAS DE REALISER UN EXAMEN CLINIQUE EXHAUSTIF MAIS DE RECHERCHER LES INFORMATIONS ET LES SIGNES PHYSIQUES QUI PEUVENT MODIFIES LA PRISE EN CHARGE, SANS PERDRE DANS LES DETAILS.

IL S'AGIT D'ELIMINER LES PATHOLOGIES FREQUENTES / OU GRAVES. CET EXAMEN N'EST ''POSSIBLE QUE LORSQUE LES PATHOLOGIES SONT SUFFISAMMENT CONNUES ET LORSQUE L'ETUDIANT CONNAIT L'ENSEMBLE DES TABLEAUX CLINIQUES.

PAR DR BENMELLOUK HAJAR

ET DR EL JAWHARI DRISSI SAGHA

TABLE DES MATIÈRES

Plan de l'observation	4
Observation psychiatrique	7
Observation en cardio vasculaire	16
Observation en pneumologie	19
Observation en neurologie	23
Observation en pédiatrie	26
Observation en urologie	29
Observation en médecine interne	31
Observation en chirurgie viscérale	33
Observation en traumatologie	35
Observation en gynécologie	39
Observation en gastrologie	41
Observation en ORL	42
Observation en dermatologie	44
Observation en rhumatologie	46
Annexes	FIN

Plan de l'observation médicale :

- 1- Date et identification du clinicien
- 2- Motif de consultation ou d'hospitalisation
- 3- Anamnèse systématique
- 4- Anamnèse orientée
- 5- Examen physique
- 6- Résultats des examens complémentaires déjà effectués : Biologie + imagerie + endoscopique ou autre
- 7- Conclusion avec résumé et regroupement syndromique, hypothèses étiologiques argumentées, conduite à tenir diagnostique et thérapeutique

Interrogatoire général ou systématique :

- 1- HDM (histoire de la maladie) : recueil des informations concernant l'épisode actuel
- 2- ATCD (Antécédents) : les antériorités, les malades dont souffre ou dont a souffert le malade
 - a- ATCD personnels médicaux
 - b- ATCD chirurgicaux
 - c- Allergie surtout médicamenteuse
 - d- ATCD gynécologiques : DDR, mode de contraception, pathologies suivies
 - e- ATCD obstétriques : G...P... LE Nombre de grossesse G «gestité» incluant les fausses couches et les grossesses extra utérines et la P «priété» nombre d'enfant selon la définition de viabilité
On précise pour les grosses précédentes le poids à la naissance, déroulement de grossesse, mode d'accouchement voie basse ou haute = césarienne
 - f- ATCD familiaux
- 3- Traitements en cours
- 4- Mode de vie (MDV) ou habitus (curriculum vitae)

4-1- Facteurs de risque (FR) principaux = maladies cardiovasculaires, cancer

- Cinq FR sont précisés systématiquement :
- 1- tabac : durée d'exposition + quantité consommée chiffrée en paquet- année (PA) = nombre de paquets par jour x nombre d'années de tabagisme
- Evaluation rapide de la dépendance
- 2- Alcool : quantité consommée, on chiffre alors la consommation déclarée d'alcool (CDA) de deux manières : Unité d'alcool internationale (UAI) par jour ou par semaine, c'est-à-dire le nombre de verres standard : équivalent à 10 g d'alcool pur par verre + grammes par jour ou par semaine, soit en utilisant l'équivalence 1 UAI = 10 g soit avec la formule suivante = quantité en gramme d'alcool pur = quantité en ml consommée x degré d'alcool (/100) x 0.8 (densité de l'alcool)
- 3- HTA = connue ou non connue. Objectif en prévention primaire : TA<140/90 mmHg
- 4- Diabète = connu ou non connu. Objectif en prévention secondaire et tertiaire : Hb glyquée<6.5%
- 5- Dyslipidémie = connue ou pas connue. Objectifs pour tous = HDLc > 0.4g/l et LDLc d'autant plus bas qu'il existe d'autres FR cardiovasculaires

4-2- Toxiques consommés

4-3- Infections sexuellement transmissibles (IST) et vaccinations

5- Conditions de vie, environnement :

- Profession
- Loisirs et animaux
- Géographique
- Logement
- Niveau de vie
- Entourage
- Aide humaine

Interrogatoire orienté :

- 1- Signes généraux (SG) :
- AEG : les 3A = asthénie + anorexie et amaigrissement.
 - Fièvre, frissons et sueurs
- 2- Signes fonctionnels (SF) d'autres appareils pouvant orienter le diagnostic initial : il est important de détailler les signes positifs c'est-à-dire la présence du signe mais aussi les signes négatifs c'est-à-dire l'absence de ce signe.

Examen physique :

- 1- constantes :
- Poids, taille, calcul de l'indice de masse corporelle IMC et tour de taille
- Calcul de l'IMC en kg /m²= P/T² avec P en Kg et T en mètre
- PA (pression artérielle), FC (fréquence cardiaque), température, FR (fréquence respiratoire), SpO₂ (saturation en O₂) et glycémie capillaire souvent réalisées
- BU (bandelette urinaire)
- 2- Appareil par appareil

Examens complémentaires déjà réalisés :

- Dates et résultats

Conclusion :

- 1-Résumé clinique : sexe, âge, consulte ou est hospitalisé pour : résumé avec regroupement syndromique sans recopier les informations précédentes
- 2- Hypothèses diagnostiques et étiologiques :
- Le plan d'argument suivant est très utile et permet de raisonner logiquement : TA FAC PD : Terrain, Antécédents, argument de Fréquence, Anamnèse, clinique, Paraclinique, Diagnostic différentiel

Conduite à tenir (CAT) :

- Diagnostic : Examens complémentaires nécessaires hiérarchisés :
- Du moins invasif au plus invasif
- Du plus simple au plus complexe
- Du plus urgent au moins urgent
- Du moins cher au plus cher
- Les plus utiles
- Thérapeutique : proposer un traitement et y associer la surveillance, qui a un double but, essentiellement il s'agit d'évaluer la **tolérance et l'efficacité**

Suivi du patient au cours de l'hospitalisation :

- Efficacité du traitement
- Tolérance
- Recherche de complications de décubitus
- Résultats des examens complémentaires diagnostiques

- Consentement écrit ou oral avant la réalisation de certains examens complémentaires ou certains traitements
- Discussion autour du patient lorsque le diagnostic est difficile à établir en cas de maladie grave, lorsqu'une information a été donnée au patient, ou à sa famille, nouvelles informations obtenues par des tiers ...

OBSERVATION CLINIQUE PSYCHIATRIQUEIDENTITE DU SUJET :

Nom, prénom, âge, situation patrimoniale : marié célibataire... , enfants, profession, origine et lieu de résidence, couverture médicale.

MOTIF D'HOSPITALISATION :

La demande du soin émane du sujet lui-même/ Amené par la famille/ par la police après réquisition/ Adressé par un confrère.

Dans cette rubrique, il faut signaler les éléments symptomatiques qui ont motivé l'hospitalisation.
Ex : un patient qui s'est agité, avec trouble du comportement/ de l'ordre public, réactivation symptomatique d'une maladie connue...

L'HISTOIRE DE LA MALADIE (HDM)

- Demande au patient ou la famille de décrire de manière chronologique les symptômes et leur évolution : début (brutal/insidieux), nature, durée, fréquence, intensité.
- Facteurs déclenchants ou événements qui ont pu précipiter la décompensation actuelle
- Symptômes associés.
- Réaction du patient et de son entourage à l'événement (PEC/consultation/autres mesures thérapeutiques/évolution).
- Evolution sous traitement/retour à l'état pré morbide/observance thérapeutique/insertion socio-professionnelle.
- Description de l'épisode actuel : facteurs déclenchants/ arrêt de traitement/symptômes cliniques).
- Facteurs qui contribuent à l'évolution ou à la persistance des symptômes
- Organiser les informations selon un ordre chronologique et selon les thèmes abordés.

LES ANTECEDENTSPersonnels :

*Psychiatriques :

- suivi antérieur, dates et durées des hospitalisations, modalités du traitement.
- description détaillée d'un ou plusieurs des épisodes surtout s'ils ne sont pas identiques.

- tentatives de suicide et circonstances (quand ? comment ? Pourquoi ?).
- Thérapies antérieures (résultats, effets, complications).

*Addictifs : tabac/alcool/bzd/inhalants/cocaine/héroïne/autres drogues...

Modalités de la consommation/quantité/fréquence de la consommation.

*Judiciaires

- *M.chx :
 - types de maladies.
 - traitements en cours/CI à certains médicaments.

*GO : DDR pour les femmes en âge de procréer.

Familiaux : Troubles mentaux chez les apparentés de premier degré (père, mère, frère et sœurs) et au-delà (grands-parents, oncles, tantes, cousins).

BIOGRAPHIE ET HISTOIRE FAMILIALE :

- Parents (parent réel, ou adoptifs), niveau socio-économique, rang dans la fratrie.
- Grossesse : normale ou pathologique, désirée ou non, accouchement, SNN...
- Développement psychomoteur.
- Enfance : Qualité de la relation avec les parents, la fratrie/socialisation.
- La scolarité : les rapports avec les enseignants, les camarades de classe, le niveau scolaire...
- Adolescence : vécu par rapport aux changements, la relation du sujet avec les camarades, les frères, la famille,
- Ses premières relations amoureuses
- Vie affective : pertes, séparations, mariage.
- Vie professionnelle et sociale.
- On terminera par les habitudes toxiques

Traits de personnalité :

Schizoïde : repli, introversion, timidité froide, indifférence...

Schizotypie : excentrique, impulsif, bizarrie, Rapport social pauvre, Suspicion et idées paranoïdes...

Paranoïaque : méfiance, rancune, réticence...

Antisociale : mépris, transgression des lois, absence de remord, irritabilité...

Borderline : instabilité affective, impulsivité marquée, automutilations, sentiment de vide...

Histrionique : réponse émotionnelle excessive, suggestibilité, dramatisation, théâtralisme, quête d'attention...

EXAMEN PSYCHIATRIQUE :

La présentation :

Attitude : calme, agité, bizarre, agressif, sédaté, ralenti, indifférent...

Corpulence.

La tenue et les soins corporels et vestimentaires : adéquate, négligée, extravagance, incurie...

La mimique : mobile, très mobile, peu mobile, amimie, discordante, hébétude, perplexité, mouvements anormaux, maniérisme...

Contact : facile, difficile, sujet méfiant, réticent, indifférent, familier, superficiel, impossible, opposant...

Les activités psychiques de base

La conscience

Hypervigilance (accès maniques, certaines drogues, troubles anxieux)

Hypovigilance (confusion mentale)

Troubles qualitatifs (état second)

L'attention

Volontaire (concentration), spontanée

Augmenté de manière sélective (états anxieux, danger hypothétique), distraite (maniaque, confus, dément, instable, agité), très diminuée voire absente (Schizophrène)

La mémoire

Amnésies

Amnésies de fixation ou antérograde (incapacité à fixer des informations nouvelles)

Amnésie d'évocation ou rétrograde (incapacité à restituer souvenir)

Amnésie globale ou antéro-rétrograde

Amnésie organique transitoire (Trou de mémoire)

Amnésie sélective (souvenirs liés à une période de la vie, à une situation traumatisante ou à une personne) Hystérie

Hypermnésies : capacité mnésique exceptionnelles aussi bien pour la fixation que pour l'évocation (état d'excitation psychique, état maniaque, drogue, débilité mentale)

Dysmnésies

Paramnésies (faux souvenirs)

Ecmnésies (sujet revit des scènes du passé)

Orientation tempo-spatiale

Désorientation temporo-spatiale DTS (confusion mentale, états démentiels)

Le langage :

Le débit verbal : accéléré, ralenti,

Les troubles de la syntaxe, de la sémantique

La voix

Joyeuse, élevée, intense, rauque et voilée

Faible, monotone, traînante et indistincte

Sourde, voilée, basse, chuchotée

Le débit verbal

- Le rythme : accéléré, ralenti (déprimé, confus dément), inhibé, mutisme, saccadé (bégaiement)
- La continuité : barrage (rupture brutale du discours), fading mental (stase)
- Les troubles de la syntaxe (Non respect des règles de grammaire)
- Les troubles de la sémantique
 - Paralogisme
 - Néologisme

Les automatismes verbaux

Echolalie : répétition en écho immédiat et automatique des mots des phrases qui viennent d'être entendus

Palilalie : répétition clonique de syllabes, de mots ou de phrases (parkinson, démence)

Impulsions verbales

Troubles de la pensée

Le rythme de la pensée

Accélérée : tachypsychie, fuites d'idées, logorrhée accès maniaque

Ralenti : bradypsychie, ralentissement de l'élaboration de la pensée, temps de latence dans la réflexion, appauvrissements des idées, diminution du débits verbal (Dépression)

La continuité de la pensée

Barrages : suspension de la pensée durant son expression

Fading mentaux : stase de la pensée, la personne n'arrive pas à avancer dans son discours.(schizophrénie)

L'organisation de la pensée

Incohérence

Dissociation → pathognomonique de la schizophrénie

Etrange, bizarre, incompréhensible, impénétrable, sauts du coq à l'âne

Le contenu de la pensée

*Les obsessions

Idéatives : idées, mots, chiffres, formules qui s'imposent de manière répétée

Phobiques : crainte obsédante liée à une situation ou à un objet en l'absence de ces derniers. EX : peur des microbes

Obsession d'impulsion : crainte obsédante et irrationnelle de commettre de manière irrésistible un acte immoral : absurde, agressif, obscène...

*Les phobies :

Etats anxieux provoqué par un objet ou une situation n'ayant pas en eux même un caractère objectivement dangereux. L'anxiété

disparaît en l'absence de l'objet

Ex : agoraphobie, clostrophobie, zoophobie, phobie sociale...

*Les idées délirantes

Conviction intime et inébranlable en une idée ou des idées qui sont en opposition avec la réalité. Idée non accessible au raisonnement à la critique, au bon sens.

Syndrome majeur et fondamentale dans les psychoses délirantes : schizophrénie, paranoïa,

Thème : persécution, grandeur, filiation, préjudice, mystique, revendication, érotomaniaque, jalousie...

Mécanisme : hallucinations, interprétation, imagination, intuition

Systématisation : bien structuré, systématisé, logique, ou non systématisé, flou, ambiguë, sans aucune vraisemblance

Vécu : actif ou passif

Durée : aigue ou chronique

Troubles de la perception :

Illusion : perception déformée

Hallucinoses : perception sans objet à percevoir mais que le sujet n'intègre pas dans la réalité : souvent organique ,neurosensorielle

Hallucinations : perception sans objet à percevoir que le sujet intègre dans la réalité → psychose ; à la base d'un délire

Psychosensorielles :

Auditives : le sujet perçoit dans son oreille des sons venant de l'extérieur

Voix : localisation dans l'espace, timbre(homme, femme, enfant), distinction plus ou moins nette, contenu(souvent angoissant voir effrayant ; insultes, obscénités, menaces,ordres)

Comportements révélateurs : attitude d'écoute, soliloquie, rires immotivés, brusques troubles de l'attention et de la concentration, moyens de protection.

Visuelles : élémentaires (lumières, flammes, couleurs...),complexes (figures, dessins, scènes...) ou encore personnages.

Immobiles, en mouvement, grandeur naturelle ou disproportionnés.

Onirisme > confusion mentale, delirium tremens forme la plus complète d'hallucination visuelles

Cénesthésiques : sensations superficielles : attouchements, fourmillements, reptation, caresses, pincements... :

Sensibilité profonde parfois avec les mêmes perceptions au niveau organes digestifs, organes génitaux

Olfactives et gustatives : Odeurs et goûts élémentaires ou complexes. Plus rares, doivent faire évoquer un processus organique

Intrapsychiques :

Voix intérieures, paroles et langue intérieur, transmission de pensée (télépathie) Syndrome d'automatisme mental > (Clérambault) sensation de vol de la pensée, d'écho de la pensée, de devinement de la pensée, commentaires des actes et de la pensée, actes imposés

Intelligence

Le jugement : adapté, altéré avec déni et banalisation, rationalisme morbide...

Insight : positif / négatif.

Troubles de l'humeur et l'affectivité

Humeur dépressive

- Tristesse douloureuse, permanente, immuable, non réactive aux stimulations
- Pessimisme profond, insatisfaction, incomplétude, ruminations
- Dégout de la vie, perte de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituelles
- Absence de projets positifs, perte de l'investissement, anticipation négative
- Sd de repli, diminution ou absence de vie relationnelle
- Forme plus grave :
- Autodépréciation, dévalorisation, perte de l'estime de soi
- Indignité
- Culpabilité
- Incurabilité
- Idées noires de mort de suicide
- Signes accompagnateurs : inhibition affective, intellectuelle, motrice.

Humeur expansive

- Manie
- Etat de gaîté, d'euphorie, inadaptée et permanente

- Vécu permanent de bien être, de bonheur, d'optimisme
- Sujet infatigable, énergie et vitalité infinie
- Projets ambitieux
- Présentation turbulente, bruyante et exubérante
- Tachypsychie, logorrhée, fuites d'idées, jeux de mots
- Désinhibition instinctuelle, relâchement des interdits et des convenances morales et sociales
- Agitation permanente, stérile, théâtrale, une irritabilité parfois agressivité
- Dépenses inconsidérées, démarches tapageuses
- Familiarité
- Abus de tabac, alcool, drogue

Affect : concordant/discordant/ froid/ émoussé...

Conduites instinctuelles :

Sommeil :

Insomnie réveil précoce, réveils à plusieurs reprises.

Somnolence diurne et l'hypersomnie

Perturbation de l'activité onirique : cauchemars

Conduites alimentaire :

Restriction alimentaire / anorexie perte d'appétit/ Refus alimentaire/ boulimie

Comportement sexuel

Masturbation / Impuissance / Frigidité / fluctuation du désir sexuel

Examen physique

AU TOTAL :

- Patient âgé de ?, ayant comme antécédent (....) admis pour (....) dont l'examen objective (conclusion syndromique)

DIAGNOSTICS A EVOQUER :

- 1^{er} diagnostic évoqué : éléments pour et éléments contre
- 2^{ème}

CONDUITE A TENIR (PROJET THERAPEUTIQUE) :

- Hospitalisation :
- Chimiothérapie :
- Bilan pré-thérapeutique : éliminer CI (ECG, NFS, ionogramme sanguin, BTh, BH, FR, bilan lipidique), chez femmes (BHCG)
- Psychotrope choisi en fonction du meilleur équilibre bénéfice-risque : tenant compte du terrain, médicaments déjà prescrits, interactions médicamenteuses, des effets secondaires qui peuvent être à l'origine d'arrêt du traitement.
- Surveillance des constantes et de la tolérance

Psychothérapie patient / famille

Mesures Hygiène de vie

PRONOSTIC

Observation en cardio-vasculaire :

Identité du patient

Date de naissance

Médecin traitant, médecins spécialistes

Motif d'hospitalisation : signes fonctionnels +/- diagnostic

ATCD :

- familiaux
- personnels :
- médicaux
- chirurgicaux
- gynéco

FDRCV :

- non modifiables : hérédité, sexe masculin, âge
- modifiables : tabac, diabète, obésité, dyslipidémie, HTA

Traitements :

Allergies :

Mode vie :

HDLM :

Signes fonctionnels, date d'apparition, mode d'apparition (brutal, progressif), facteurs aggravants et soulageant, évolution des symptômes. Action sur les symptômes (thérapeutique ? examens complémentaires ?). Evolution des symptômes en fonction des actions.

Examen physique :

Constantes vitales (TA, fréquence cardiaque, température, SAT), poids, taille

Signes généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement

Examen CV :

-signes fonctionnels : douleur thoracique, OMI, palpitations, dyspnée, lipothymie ou syncope

1. Examen cardiaque :

Palpation de la région précordiale et localisation du choc de pointe.

Reconnaitre les quatre foyers d'auscultation cardiaque.

Reconnaitre les bruits du cœur normal.

Rechercher un souffle.

2. Examen vasculaire :

Guidé par l'interrogatoire, nécessite un stéthoscope, mètre ruban, garrot et +/- un doppler de poche.

a/ Inspection :

sur un patient dévêtu, en position debout et allongé.

- Aspect général du patient :

- Position antalgique.

- Limitation de l'amplitude des mouvements spontanés.
- IMC.
- Aspect de la voûte plantaire.
- Augmentation du volume ou de longueur d'un membre.
- Recherche d'anomalies et malformations vasculaires des membres.
- Aspect cutané :
- Couleur des téguments.
- Troubles des phanères.
- Troubles trophiques des membres (ulcère, nécrose, hypodermite..)/
- Cicatrices opératoires.
- Aspect des trajets artériels (voussure, érythème..).
- Aspect des trajets veineux

b/ palpation :

- Des téguments : chaleur, œdème, mobilité des articulations, masses musculaires. .
- Des trajets artériels : pouls, masse pulsatile, Thrill.
- Des trajets veineux.

c/ auscultation :

axe carotidien, axillaire, aorte abdominale, artère rénale, artères des MS er MI.

d/ Mesure de la tension artérielle.

e/ Mesure de l'index de pression systolique = rapport de la pression systolique de la cheville sur celle de l'humérale.

Examen pulmonaire :

-**singes fonctionnels** : dyspnée, toux, expectorations, douleur thoracique
-recherche de signes d'insuffisance respiratoire aiguë : polypnée ou tachypnée, tirage sus-claviculaire, balancement thoraco-abdominal, cyanose des extrémités, sueurs, troubles de la conscience

-**inspection** : déformation du thorax

-**palpation** : vibrations vocales bilatérales et symétriques

-**auscultation** : murmure vésiculaire bilat et symétrique

-**percussion** : tympanisme bilat et symétrique

Examen abdominal :

-**signes fonctionnels** : douleur abdo, troubles du transit (constipation, diarrhées), nausées, vomissements, dysphagie

-**inspection** : météorisme, circulation veineuse colat, hernie visible, cicatrices, mouvements respiratoires abdominaux

-**palpation** : défense, contracture abdominale, masse abdo, HPM, SPM

-**auscultation** : BHA, souffle abdominal ?

-**percussion** : tympanisme abdominal

-**TR** : masse rectale, prostate, sang sur le doigtier

Examen uro :

-**signes fonctionnels** : douleur lombaire, brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie, polyurie, hématurie, impériosités mictionnelles, douleur testiculaire

-**inspection** : OGE

-**palpation** : fosses lombaires, contact lombaire, douleurs à l'ébranlement lombaire,

Palpation des OGE, recherche d'un globe vésical

-**percussion** : matité sus-pubienne

-**TR** : palpation de la prostate

Examens complémentaires :

-biologie

-imagerie

-explorations diverses (coloscopie, EFR...)

Conclusion : hypothèse diagnostique

Conduite à tenir :

Evolution :

L'observation en pneumologie :

La rédaction de l'observation est l'une des tâches principales de l'externe.

C'est aussi l'un des meilleurs moyens pour apprendre son métier de médecin.

L'observation doit être claire, complète et concise.

+ Clair= elle doit être rédigée dans un style correct avec écriture lisible et sans abréviation.

+ Complete=elle doit comporter tous les éléments que l'interrogatoire et l'examen physique permettent de recueillir pour étayer le diagnostic.

Elle doit être complétée au cours de l'hospitalisation en fonction de l'évolution.

+Concise= il ne faut noter que ce qui est susceptible d'être utile. Il faut savoir choisir les signes négatifs à mentionner en fonction de la maladie.

Plan détaillée de l'observation :

Nom du médecin :

Date :

Identité :

- Nom, prénom, Age, Situation familial
- Origine géographique et prise en charge
- Profession actuelle, profession(s) antérieure(s) s'il y a lieu

Motifs de consultation ou d'hospitalisation :

ATCDS :

ATCDS personnels :

Si antécédents de tuberculose :

Préciser l'organe atteint, la date du diagnostic et du début du traitement, la durée et le mode de ce traitement (hospitalier et /ou ambulatoire). Préciser les drogues utilisées et leurs posologies (dossier CDST)

Si antécédents pneumologique :

En préciser la nature, la date et éventuellement le traitement

Si le malade a été hospitalisé dans le service

Demande la carte de sortie pour récupérer son ancien dossier

Si le sujet a moins de 30ans, préciser s'il a été vacciné par le BCG (le demander au malade et recherche la cicatrice de cette vaccination sur la face antérieure de l'avant-bras droit).

Rechercher la présence de chien dans le domicile des malades suspects d'être porteurs de kystique hydatique surtout s'il s'agit de citadins.

Demander enfin si le malade a bénéficié d'examen radiologique (ou non). En préciser les circonstances (radio de dépistage scolaire-examen d'embauche, de titularisation, grossesses...) et le rythme. Demande éventuellement les radiographies au malade.

En cas d'une hospitalisation dans un autre service, demander la carte de sortie qui permettra de noter le numéro et le diagnostic. Chez la femme, noter les atcds obstétricaux et gynécologiques.

Habitudes toxiques :

-Tabac : cigarettes ? Pipe ? Cigare ? Préciser la quantité consommée par jour et la date du début de l'intoxication.

-En cas d'arrêt précise depuis quand et pourquoi ? (Conseil médical, dégout)

- Alcool : nature, date de début de l'intoxication, quantité, arrêt éventuel.

-Prise médicamenteuse au long cours : préciser

ATCDS familiaux :

-Atcds tuberculeux, préciser le degré de parenté du ou des malades, la date à laquelle remonte la contagion, le traitement reçu (date et nature) et demander aussi le numéro de CDST.

- Tares familiales (diabète, HTA, autres maladies familiales).

- Autres

Histoire de la maladie :

Symptômes qui ont amené le malade à consulter.

Signes fonctionnels respiratoires= toux, dyspnée, expectorations, hémoptysie, douleurs thoraciques, dysphonie.

Signes généraux=fièvre, asthénie, amaigrissement...

Signes fonctionnels non respiratoires :

- Il faut les noter dans l'histoire de la maladie et non parmi l'examen physique (écrire par exemple : par ailleurs, le malade présente = une diarrhée, une pollakiurie).
- Pour chaque signe il faut préciser les caractères, la date d'apparition et l'évolution (en notant les signes fonctionnels à l'admission du malade).
- Noter aussi le traitement éventuellement reçu par le patient avant son hospitalisation.
- Dans certains cas c'est à l'occasion d'un examen radiologique systématique que l'affection a été découverte. Il faut alors le mentionner mais sans oublier des signes fonctionnels négligés par le malade.

Examen physique :

Examen général :

- Noter d'abord ce qui frappe du premier coup d'œil en regardant le malade et la feuille de température : état général (bon, mauvais, très mauvais)

- Pâleur, dyspnée, température, cyanose, hippocratisme digital, œdèmes...

Examen de l'appareil pleuropulmonaire :

- Examiner le sujet assis ou debout en comparant les deux hémithorax
- **Inspection=**
 - Morphologie du thorax
 - Œdème pariétal, circulation veineuse collatérale
 - Cicatrice d'intervention ou de traumatisme thoracique ou de tatouage.
 - Amplification thoracique
 - Tuméfaction pariétale ou rétraction
- **Palpation=**
 - Transmission des vibrations vocales = normale, abolie, diminuée ou exagérée.
 - Douleur provoquée
 - Noter les caractéristiques de la tuméfaction pariétale.
- **Percussion =**
 - Noter l'existence ou non d'une matité ou d'une hypersonorité, en préciser le siège et l'étendue.
- **Auscultation=**
 - Demander au sujet de respirer par la bouche et examiner toujours en comparant deux régions symétriques
 - Noter : le murmure vésiculaire qui peut être normal, diminué, aboli ou encore remplacé par un souffle tubaire ou cavitaire + existence de râles ronflants, sibilants, crépitants, sous crépitants, l'existence d'un frottement pleural.
 - Ne pas oublier l'auscultation de la toux.

Examen cardio-vasculaire :

- **Noter =**
 - Quand elle existe, une turgescence des veines jugulaires (spontanée ou provoquée par la pression du foie).
 - Le pouls radial, fréquence, caractère régulier ou non, bien frappé ou non, bien frappé ou non.
 - Ne pas oublier de palper toutes les artères périphériques (carotides, axillaires, cubitales, radiales, inguinales, poplitées, retro-malléolaires et pédieuses)
 - La palpation du choc de pointe, normal ou modifié, siège normal ou dévié
 - Rythme cardiaque

- Les bruits cardiaques surajoutés et souffles éventuels, l'Etat des veines périphériques (varices ou phlébite)

Examen de l'appareil digestif :

- Etat bucco-dentaire
- Foie, rate (absence ou présence d'hépatomégalie et de splénomégalie)
- Existence éventuelle d'une ascite

Examen de l'appareil uro-génital :

- Organes génitaux externes
- Toucher rectal-toucher vaginal

Examen des aires ganglionnaires :

(Cervicales, sus claviculaires, axillaires, épitrochléennes, inguinales, poplitées).

- En cas d'Adénopathie, noter leur siège, nombre, volume, consistance et l'état de la peau qui les recouvre.

Examen neurologique :

- Force musculaire, tonus musculaire, reflexes ostéotendineux, reflexes cutanés abdominaux et plantaires, sensibilité, examen de la coordination des mouvements et de l'équilibre, nerfs crâniens pas oublier de rechercher les signes méningés chez un sujet fébrile et chez tout malade tuberculeux.

Conclusion clinique :

- Il s'agit d'un (e) malade âgé(e) de... Ans, ATCDS de (Les plus importants par rapport à sa maladie actuelle), qui se plaint depuis...de... (mentionner les signes fonctionnels principaux, ou le syndrome clinique).
- A l'examen physique de l'appareil pleuropulmonaire, on trouve au niveau de... (préciser le siège) un syndrome de ... (condensation + épanchement aérique) et on note par ailleurs ... (noter les signes physiques extra-thoraciques intéressants éventuels)
- (Si l'examen ne révèle pas de syndrome bien défini, donner les principaux signes physiques retrouvés).

Citer les hypothèses diagnostiques.

Observation en neurologie :

L'examen neurologique :

Patiante consciente orientée dans le temps et dans l'espace.

1- Marche :

- Possible, autonome.
- Marche ataxique, spastique, avec steppage, akinétique ou parkinsonienne, dandinante.
- Aide de combien de personne, aide d'instruments

2- Station debout :

- Possible et normale,
- Signe de Romberg+/-

3- La force musculaire globale :

- Barré au membre supérieur
- Mingazzini au membre inférieur

4- La force musculaire segmentaire :

- Membre supérieur droit score à /5
- Membre supérieur gauche score à /5
- Membre inférieur droit score à /5
- Membre inférieur gauche score à /5

5- Le tonus musculaire :

- Tonus normal
- Hypotonie
- Hypertonie (spastique, extrapyramidaire)
- Hypotrophie
- Hypertrophie

Contraction volontaire

6- Les réflexes :

- Présents
- Symétriques
- Abolis
- Exagérés (vifs, poly cinétiques, diffusés, croisés ?)

Les réflexes ostéotendineux

Membres supérieur droit :	Membre supérieur gauche :
- Bicipital C5	- Bicipital C5
- Tricipital C7	- Tricipital C7
- Stylo-radial	- Stylo-radial
- Cubito-pronateur	- Cubito-pronateur
Membre inferieur droit :	Membre inferieur gauche :
- Rotulien L4	- Rotulien L4
- Achilléen S1	- Achilléen S1

- Les réflexes cutanéo-muqueux :

- Le reflexe cutané plantaire : du côté droit et gauche
- Le reflexe cutané-abdominal : D8, D10, D12 : du côté droit et gauche

7- Examen de la sensibilité :

- Superficielle : (tactile thermique et algique) Conservée ou pas
- Profonde : ArthroKinétique, vibratoire = conservée ou pas

8- La coordination des mouvements :

- Dysmétrie ou hypermétrie, Asynergie, Dyschronométrie, Adiadococinésie

9- Examens des nerfs crâniens :

I- Nerf olfactif :

Ex : Bonne perception et distinction des différentes odeurs donc pas d'hyposmie.

II- Nerf optique :

Œil droit et gauche : Acuité visuelle et champs visuel

Ex : Acuité visuelle basse limitée à la perception lumineuse

Pas d'amputation du champ visuel.

III- Nerf oculomoteur :

Ptosis ou mydriase

Les mouvements oculaires en bas en dedans et en hauts sont possibles ou pas

Le reflexe photomoteur est présent ou absent

IV- Nerf pathétique : difficile à explorer

V- Nerf trijumeau :

1- Amyotrophie ou pas des muscles masséters

2- Reflexe cornéen présent ou absent

3- La sensibilité de la face est conservée ou pas du côté droit

4- La sensibilité de la face est conservée ou pas du côté gauche.

VI- Nerf oculomoteur externe :

1- Pas de strabisme convergent

2- Le mouvement oculaire en dehors est possible

VII- Nerf facial :

1- Absence / présence d'asymétrie faciale

2- Signe de Charles Bell

3- Signe de cils de souques

4- La patiente peut gonfler les joues, siffler, montrer ses dents et fermer ses yeux ou pas

5- La sensibilité du conduit auditif externe, conque et des 2/3 Ant de la langue est conservée ou pas.

VIII- Nerf auditif :

1- Nerf cochléaire : hypoacusie, surdité

2- Nerf vestibulaire : nystagmus, déviation des doigts

IX- Nerf glosso-pharyngien :

- Déglutition

- Signe de rideau

- Reflexe nauséaux

X- Nerf vague :

- Troubles de phonation ou de déglutition

- Fc=70 batt/min

- Tension artérielle = 80-130 mmHg

XI- Nerf spinal :

- La patiente arrive à bouger la tête dans tous les sens, mouvements contre résistance du cou est possible. Donc pas de paralysie du muscle sterno-cléido-mastoïdien ni du muscle trapèze

XII- Nerf grand hypoglosse :

- Motricité de la langue
- Déviation de la langue
- Cliquer la langue
- Fasciculation ou amyotrophie de la langue

10- Les fonctions supérieures :

- **La mémoire :**

- Immédiate = conservée, la patiente peut répéter une série de mots
- Différée = conservée, la patiente peut se rappeler de certains mots après 5 min
- Biographie = conservée

- **Le langage :**

- Ecrit : Oui ou patiente analphabète
- Oral : la patiente s'exprime normalement et comprend ce qu'on lui dit la dénomination des objets est normale

- **Les praxies :**

- Pas d'apraxie idéatoire : la patiente peut exécuter une action en utilisant plusieurs objets
- Pas d'apraxie Idéomotrice : la patiente peut exécuter des gestes symboliques
- Pas d'apraxie D'habillage

- **Les gnosies :**

- Pas d'agnosie visuelle ni auditive
- Pas d'astéréognosie : la patiente peut reconnaître un objet placé dans ses mains sans l'utilisation de la vue
- Pas d'asomatognosie : pas de trouble de schéma corporel.

Prise d'une observation en pédiatrie :

Nom de l'étudiant

Date de l'observation

Validation du tuteur

➤ **Identité du patient :**

Nom et Prénom, Date de naissance, position dans la fratrie, origine et habitat,

Coordinnées des parents, renseignement sur leur niveau socioéconomique et sur le type d'assurance maladie.

➤ **Motif d'hospitalisation :** hospitalisé le (date hospitalisation)

...../...../.....parpour
.....(symptômes ou syndrome)

➤ **Antécédents :**

➤ Familiaux :

*père : (âge, fonction, maladie)

*Mère : (âge, fonction, maladie, groupage RH)

*consanguinité :

-fratrie : préciser le nombre de frère et sœur, l'âge pour chacun et état sanitaire

-collatéraux : préciser s'il ya une pathologie semblable de celle du malade

- personnels :

* grossesse, accouchement (succinct si grand enfant) date de naissance Etat à la naissance, P Naissance T n PC naissance

* développement psychomoteur : préciser les différentes étapes

* mode d'alimentation :

nné et nourrisson type d' allaitement : allaitement au sein ou artificiel,
Age de diversification pour nourrisson date et mode d'introduction des aliments

Enfant adolescent alimentation

* vaccination (quels vaccins, leur dates, rappels éventuels)

* antécédents pathologiques (maladie-hospitalisation ttt)

*Médecin traitant ou dispensaire où il est suivi :

Nom :.....

Adresse :.....

➤ **Histoire de la maladie : respect de la chronologie et descriptive sans interprétation**

- début de l'histoire clinique : date exacte ou approximative de l'apparition des signes fonctionnels
- description des signes fonctionnels révélateurs
- signes accompagnateurs (fièvres, état général, diarrhée, vomissement, polyurie polydipsie, crises épileptiques.....)
 - Préciser les caractéristiques sémiologiques de chaque signe
 - Préciser l'absence de certains signes capitaux
(Ex : vomissement sans diarrhée)

- Eventuelles consultations réalisées et Analyses effectuées ultérieurement avec leurs résultats
- Médicaments pris (noms, les doses), effets du traitement
- Etat actuel (signes cliniques) motivant la consultation et l'hospitalisation

➤ **L'examen clinique** à l'admission du patient :

- Signes généraux : état général : poids (DS) -taille (DS) -PC(DS) - température corporelle : interpréter les évaluations
- Signes physiques

Examen de tous les appareils, noter les signes positifs et /ou signes négatifs nécessaires pour la discussion étiologique (bandelette urinaire si nécessaire))

➤ **Résumé clinique**

Doit être synthèse groupant : associé les symptômes en syndromes

Les signes positifs qui vont faire aboutir à un diagnostic (2 ou 3 lignes maximum), et les signes cliniques négatifs pour aider à écarter les autres ne pas ajouter d'éléments nouveaux.

- **Discussion étiologique :** Les différents diagnostics évoqués (commencer par le plus probable et préciser pourquoi= sur des arguments cliniques et paracliniques nécessaires à la discussion étiologique)

Préciser le diagnostic retenu et l'argumentation

➤ **Les mesures thérapeutiques :**

- Buts :
- Moyens nécessaires :
- Indications adaptées au patient

➤ **Evolution : Surveillance et pronostic**

*Préciser les éléments cliniques (examens cliniques durant l'hospitalisation) et paracliniques de surveillance :

Selon la pathologie retenue faire pour le patient :

Bilans cliniques et paracliniques de retentissement, d'extension et de gravité

➤ **Mesures prophylactiques**

➤ **Conclusion générale de l'observation :** diagnostic retenu avec le pronostic

Observation en urologie :

- Identité :
- Nom et prénom
 - + âge
 - + sexe
 - + statut familial
 - + parité
 - + profession
 - + niveau socio-économique +++++
- MH :
- + Hématurie
- + Troubles mictionnels à type de Pollakiurie srt nocturnes + brûlures mictionnelles etc
- ATCD:
- + perso:
 - médicaux
 - chirurgicaux:
 - + familiaux
- HDM :
- Classique
- examen clinique :
- examen general
- GCS, TA, FR, pouls, température, la coloration des conjonctives
- Pour l'homme
- Examen abdominal
- svt pr chercher un contact lombaire ou bien un globe vesical,
- examen des OGE :
 - le volume (chercher grosse bourse ou pas),
 - le scrotum: couleur, sx d'inflamm, necrose (gangrene de fournier)...
 - le gland: meat apicalement situé, chercher un durcissement de l'urethre,
 - les bourses: pas de nodule, taille normale, le sillon epididymo-testiculaire bien perçu, l'épididyme souple
- TR:
 - prostate mesuré le volume, juste pr rappel le volume normal c 30g, au delà de ça c HBP, on fait le tour de la prostate par le doigt dont la surface de son extrémité sup = 10g), indurée ou pas, nodules intra-prostatiques
 - la base vesicale souple ou infiltrée
 - NB : on peut mentionner au début du TR la tonicité sphinctérienne de l'anus mais c +/-
 - pour la femme,
 - c surtt chercher un contact lombaire, un globe vesical
 - ds le TR on pt faire un toucher bimanuel pr chercher une masse vesicale ou bien une infiltration ou blindage pelvien
 - le reste de l'examen somatique en fonction des signes d'appel
- Conclusion clinique
- Regroupement syndromique
- Dg à évoquer avec les pour et les contres de chacun
- Les bilans bio et imagerie
- Conclusion paraclinique

- Conclusion clinico-paraclinique
- Finalement retenir notre diagnostic
- Et démarrer la PEC thérapeutique

Observation en médecine interne :

- identité :
 - + nom et prénom
 - + âge
 - + sexe
 - + statut familial
 - + parité
 - + profession
 - + mutualiste ou pas
- * motif d'hospitalisation:
par exemple: ecchymoses spontanées, épistaxis de moyenne à grande abondance, fièvre inexplicable etc
- * ATCD:
 - personnels:
 - + médicaux:
 - ° suivi pour une pathologie connue (par exemple un lupus et le patient a décompensé sa maladie donc il faut préciser le facteur de décompensation, le nombre des hospitalisations précédentes, leur durée, les TTT etc)
 - NB: on peut les citer dans la rubrique des ATCD mais également dans l'histoire de la maladie
 - ° classique : les tares : HTA, diabète, etc
 - ° notion de contagé tuberculeux ou de tuberculose +++++ (pays endémique)
- + habitudes toxiques: tabac/ alcool/ cannabis etc
- + ATCD gynéco/obstétricaux chez la femme : (voir l'observation en gynécologie) en rapport avec son motif d'hospitalisation par exemple une femme enceinte avec une fièvre inexplicable: il faut préciser la date des dernières règles, si la patiente est médicalement suivie ou pas, les grossesses précédentes etc
- + chirurgicaux:
classique : les interventions chirurgicales que le patient a subi
- - familiaux:
 - + présence de cas similaire dans la famille notamment frère etc surtout pour un patient jeune pouvant orienter vers une étiologie constitutionnelle
 - + préciser le degré de consanguinité (elle augmente le risque de maladie génétique notamment autosomique récessive)
- * histoire de la maladie:
classique : date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, traitement déjà reçus, signes négatifs
- * examen clinique:
 - examen général (toujours de mise)
 - classique : GCS, TA, FR, pouls, température, coloration des conjonctives (à rajouter aux autres observations Razz)
 - la particularité en médecine interne est qu'il faut examiner au moins 8 à 9 appareils pour que l'examen soit assez complet en commençant par l'appareil du signe d'appel par exemple si le patient présente une splénomégalie on va commencer par l'examen abdominal ou bien dans le cadre d'une leucémie aigüe commencer par l'examen de la cavité buccal à la recherche d'une hypertrophie gingivale etc
 - grossomodo on fait les examens suivants:
 - + examen abdominal :

- ° inspection:
- cicatrice, voussure, dépression, circulation veineuse collatérale
- ° palpation:
- splénomégalie, masse, sensibilité, hépatalgie, reflux jugulaire
- NB:
une hépatomégalie est examinée par la palpation (consistance, douleur etc) et la percussion (flèche hépatique)
- ° percussion : tympanisme, matité
- ° auscultation: souffle
- + examen pleuro-pulmonaire:
- ° inspection:
morphologie du thorax, voussure, dépression, circulation veineuse collatérale
- ° percussion:
matité, tympanisme, vibration vocale (demander au patient de dire 44 soit en arabe .)
- ° auscultation :
murmure vésiculaire
- + examen neurologique (je compte poster une observation spéciale pour cet examen)
- + examen cutanéo-muqueux:
par exemple : tâche café au lait dans le cadre d'une neurofibromatose
- + examen ostéo-articulaire:
examen de chaque articulation : mouvements passifs, actifs, manœuvre, mesurer amplitudes des mouvements etc
- + examen des aires ganglionnaires: cervicales , sus clav (troisième +++), inguinales etc
- + examen gynécologique (voir observation en gynéco)
- + examen cavité buccale :
- + examen de l'aire thyroïdienne :
NB: examen de la cavité buccale et celui de l'aire thyroïdienne font parti de l'examen ORL pour lequel je compte poster une observation type Smile prochainement inchaa ALLAH
- * conclusion:
âge, sexe, motif d'hospitalisation, chronologie, regroupement syndromique et bien sur ajouter ce qu'on a trouvé à l'examen clinique Smile
- * diagnostics à évoquer:
le plus probable en premier
puis par ordre de fréquence les autres
(3 à 4 diagnostics)

L'observation en chirurgie viscérale :

* identité:

- nom et prénom
- âge
- sexe
- statut familial
- parité (si c une femme)
- profession
- mutualiste ou pas

* motif d'hospitalisation:

- symptôme: par exemple ictère, douleur de l'hypochondre droit, arrêt des matières et des gaz

* ATCD:

- personnels:

+ médicaux:

- classique : les tares : HTA, diabète, etc
- notion de contagé tuberculeux ou de tuberculose +++++ (pays endémique)
- notion de contact avec les chiens (surtout pour le kyste hydatique du foie)

+ habitudes toxiques: tabac/ alcool/ cannabis etc

+ ATCD gynéco/obstétricaux chez la femme : (voir l'observation en gynécologie) en rapport avec son motif d'hospitalisation

+ chirurgicaux:

classique : les interventions chirurgicales que le patient a subi

- familiaux:

+ présence de cas similaire dans la famille

* HDM:

classique : date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, traitement déjà reçus, signes négatifs

* examen clinique:

- examen général:

classique : GCS, TA, FR, pouls, température +++++++, coloration des conjonctives

- examen abdominal:

◦ inspection:

- cicatrice, voissure, dépression, circulation veineuse collatérale

◦ palpation:

- splénomégalie, masse, sensibilité, hépatalgie, reflux jugulaire

NB:

une hépatomégalie est examinée par la palpation (consistance, douleur etc) et la percussion (flèche hépatique)

◦ percussion : tympanisme, matité

- ° auscultation: souffle
- examen des orifices herniaires: (systématique)
inguinale, crurale, ombilicale, ligne blanche
- touchers pelviens:
TR (toucher rectal +++) : fécalome, tumeur rectale
- le reste de l'examen somatique (notamment des aires ganglionnaires : GG de Troisier (GG sus clav gauche))

*conclusion:

identité avec ATCD particuliers en rapport avec le MH

MH

points positifs et négatifs retrouvés à l'examen clinique

* hypothèses diagnostiques + justifications

Observation en traumatologie :

* identité:

- + nom et prénom
- + âge
- + sexe
- + statut familial
- + parité
- + profession
- + mutualiste ou pas

* motif d'hospitalisation:

le plus souvent traumatisme (préciser le membre atteint) + impotence fonctionnelle totale

ou si cas d'orthopédie: douleur + impotence fonctionnelle totale

* ATCD:

En traumatologie ce qui important à connaître:

- En cas d'atteinte des membres inf
- + le périmètre de marche
- + L'autonomie
- + marche avec ou sans aide
- En cas d'atteinte d'un membre sup : la latéralité +++++ (gaucher vs droitier)

et bien sur à compéter avec les ATCD classiques: personnels : médicaux (prise de médicaments notamment AVK +++, insuline ADO etc), allergie à la PENI etc , chirurgicaux, toxiques etc et familiaux, l'heure du dernier repas, statut vaccinal anti-tétanique ++++++

* histoire de la maladie:

préciser

- s'il s'agit d'un piéton ou conducteur (AVP = accident de la voie publique) , accident de travail etc

- le point d'impact

- le mécanisme (par exemple le mécanisme du tableau de bord)

- et ce que le traumatisme a occasionné chez le patient : par exemple occasionnant chez lui une douleur intense et une impotence fonctionnelle totale

- dans le cadre d'un polytraumatisme rechercher la notion de perte de conscience initiale (PCI) pour prendre le patient en charge dans sa globalité en commençant par l'atteinte qui pourrait engager son pronostic vital

* examen clinique:

- examen général (toujours de mise)

GCS, TA, FR, pouls, température, la coloration des conjonctives

- examen orthopédique:

- + inspection:

- attitude du membre (raccourci, en rotation externe et en adduction par exemple dans les fractures du col du fémur ou du massif trochantérien), ecchymose, ouverture, signes inflammatoires

- + palpation:

- point douloureux ou foyer fracturaire (ceci est théorique, en réalité la palpation est douloureuse donc à éviter ou le faire doucement)

- la coiffe des rotateurs : épaule +++++

- examen vasculo-nerveux ++++++++ (MEDICO-LEGAL) : pouls, sensibilité, motricité etc

- le reste de l'examen somatique

NB: ceci bien sur après avoir éliminer une urgence vitale càd hiérarchiser l'examen clinique en commençant par celui de l'atteinte pouvant engager le pronostic vital surtout dans le cadre d'un polytraumatisme (examen neuro, abdominal, ophtalmo etc)

* conclusion:

résumer l'histoire de la maladie

ce qu'on a trouvé à l'examen clinique avec les signes positifs et négatifs s'ils sont importants

* hypothèses diagnostiques:

par exemple :

traumatisme de hanche :

- + col fémoral

- + tête fémoral

- + luxation hanche (attitude)

> avec les arguments bien sur (par ordre de fréquence)

traumatisme du genou :

- + luxation rotule

- + plateau tibial

- + lésion méniscale, ligamentaire

> avec les arguments aussi

etc

*radiographies à demander:

+ toujours Rx prenant l'articulation sus et sous jacente

+ pour les incidences ceci dépend du siège de l'atteinte par exemple: pr la hanche face/profil (n'est pas très concluant car toutes les structures sont superposées), 3/4 alaire et 3/4 obturateur

*interprétation de la Rx:

> qualité de la radio

> contenu:

- fracture: siège (diaphysaire, épiphysaire, 1/3 sup, inf etc) , déplacement, le type du trait (chevauchement ...)

- description de la trame osseuse (qualité de l'os: corticale épaisse, mince etc)

- l'état des articulations (arthrose etc)

*diagnostic:

conclusion radio-clinique Smile

*traitement:

> buts:

> moyens:

> indications:

+buts:

- réduction anatomique

- consolidation

- indolence

- maintien d'une capacité fonctionnelle efficace

- pour le membre inférieur : levée précoce

+ moyens:

- médicaux:

- anticoagulants (type)

> HBPM (dose)

- antalgiques (pallier par pallier)

- ATB + SAT (fracture ouverte)

- orthopédiques:

- atèles plâtrées, plâtre circulaires, traction etc

- chirurgicaux :

- tuteur interne : endomédullaire

> clou, branche

- tuteur externe: extramédullaire

> vice, fixateur, plaque visée

- rééducation:

+ indications :

en fonction de la fracture, de son siège, de sa stabilité etc (c un peu spécialisé donc baraka 3likoum ces quelques notions Smile Smile)

* surveillance/ complications :

les complications:

- précoces

- secondaires

- tardives

avec certaines particularités en fonction de chaque fracture (je vous renvoie à vos cours de traumatologies)

Observation en gynécologie:

* identité:

+ Nom et Prénom

+ âge

+ statut familial

+ parité (nombre d'enfant)

+ profession

+ mutualiste ou pas

* motif d'hospitalisation:

par exemple: douleur pelvienne, métrorragie etc

* antécédents:

+ personnels:

> médicaux:

- notion d'HTA ou pas

- notion de diabète ou pas

- notion de cardiopathie ou pas

- notion de néphropathie ou pas

- notion de tuberculose ou contagé tuberculeux

NB:

on utilise le terme notion pour garder une certaine neutralité vis à vis des dires de la patiente

insister sur la notion d'HTA et diabète car elles peuvent nous orienter vers telle ou telle pathologie notamment diabète gestationnel, pré-éclampsie etc

insister sur la notion de tuberculose car nous sommes un pays endémique

insister sur les tares associés car la prise en charge doit être globale

> chirurgicaux:

- césariennes: nombre, motif, conditions obstétricales etc

- autres interventions

> gynécologiques:

- âge des premières ménarches

- cycle:

+ régulier ou pas

+ abondance : nombre de serviettes hygiéniques

+ prise de contraception : si oui sa nature chimique ou mécanique, durée et observance

> obstétricaux:

- nombre de Grossesse et de parité GxPx

- voie d'accouchement

- sexe et poids à la naissance

- développement psychomoteur

+ familiaux:

par exemple dans les cancers etc la présence de cas similaire dans la famille soeur mère tante est un argument de plus à retenir

* histoire de la maladie :

classique : date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, traitement déjà reçus, signes négatifs

* examen clinique:

- examen général

+ GCS (score de la conscience de Glasgow)

- + TA (tension artérielle)
 - + FR (fréquence respiratoire)
 - + pouls
 - + Température
 - examen gynécologique : asepsie rigoureuse +++++++
 - + au speculum
 - > position du col : postérieur, latéralisé ...
 - > aspect du col:
 - ° couleur: rose, rouge, violacé (grossesse, molle etc)
 - ° aspect bourgeonnant, saignant au contact (suspect)
 - ° leucorrhée, métrorragie etc
 - ° etc
 - + au Toucher vaginal (contre indiqué si placenta praevia et si jeune fille vierge faire toucher rectal)
 - > taille
 - > consistance : molle, dure
 - > sensibilité
 - > présence ou pas de masse ou de douleur latéro-utérine
 - > poche des eaux intacte ou pas en cas de grossesse
 - > etc
- * le reste de l'examen somatique en commençant par celui de l'appareil en faisant appel :
- abdominal : grossesse par exemple
 - > mesurer la hauteur utérine
 - > inspecter en position couchée la présentation du foetus (estimation confirmée par l'échographie obstétricale) : longitudinale ou verticale
 - > voussure , cicatrice de césarienne etc
 - neurologique et cardio-vasculaire: pré-éclampsie
- conclusion:
- regroupement syndromique
diagnostics à évoquer (au moins 3 4) + justification

L'observation en gastrologie :

* identité:

- nom et prénom

- âge

- sexe

- statut familial

- parité

- profession

- mutualiste ou pas

* motif d'hospitalisation:

- symptôme: par exemple ictere, hématémèse, épigastralgie etc

* ATCD:

- personnels:

- + médicaux:

- classique : les tares : HTA, diabète, etc

- notion de contagé tuberculeux ou de tuberculose +++++ (pays endémique)

- prise de médicament : AINS +++, traitement traditionnel : point de feu +++++ etc

- Notion de rapport sexuel non protégé +++

- + toxiques: toxicomanie/ tabac/ alcool/ cannabis etc

- + Chirurgicaux:

classique : les interventions chirurgicales que le patient a subi

- familiaux:

- + présence de cas similaire dans la famille

* HDM:

classique : date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, traitement déjà reçus,

signes négatifs

* examen clinique:

- examen général:

Classique : GCS+++++ (encéphalopathie hépatique), TA, FR, pouls, température, coloration des conjonctives => retentissement, érythrose palmaire (sx d'Ice hépatocellulaire), ictere franc ou subictère etc

- examen abdominal:

- inspection:

- cicatrice, voûture, dépression, circulation veineuse collatérale+++++, angiome stellaire (sx d'insuffisance hépatocellulaire) etc

- palpation:

- splénomégalie, masse, sensibilité, hépatalgie, reflux jugulaire

NB:

une hépatomégalie est examinée par la palpation (consistance, douleur etc) et la percussion (flèche hépatique)

- percussion : tympanisme, matité

- auscultation: souffle

- examen des orifices herniaires: (systématique)

- inguinale, crurale, ombilicale, ligne blanche

- touchers pelviens:

TR (toucher rectal +++) : sang, glaire, fécalome, tumeur rectale

- le reste de l'examen somatique (notamment des aires ganglionnaires : GG de Troisier (GG sus clav gauche))

* conclusion:

identité avec ATCD particuliers en rapport avec le MH

points positifs et négatifs retrouvés à l'examen clinique

* hypothèses diagnostiques + justifications

Observation en ORL

* Identité :

+ nom et prénom

+ âge

+ sexe

+ statut familial

+ parité

+ profession

+ mutualiste ou pas

* motif d'hospitalisation :

Exp : tuméfaction cervicale, épistaxis de grande abondance etc

* Antécédents :

+ Médicaux

- notion d'HTA ou pas

- notion de diabète ou pas

- notion de cardiopathie ou pas

- notion de néphropathie ou pas

- notion de tuberculose ou contagé tuberculeux

- prise de médicament

- notion d'irradiation ext (accidentelle ou thérapeutique)

+ chirurgicaux

+ toxiques ++++++ : tabac ++++++, alcool etc

+ familiaux : cas similaire dans la famille, de NEM ou dystrophie thyroïdienne

* Histoire de la maladie :

Date et mode de début, symptomatologie (exp : sx fonctionnels de dysthyroïdie ↘ hyperthyroïdie : diarrhée, amaigrissement, anxiété etc vs hypothyroïdie : constipation, obésité, dépression etc), retentissement, évolution, traitement déjà reçus, signes négatifs

* Examen clinique

+ Examen général :

 | GCS (score de la conscience de Glasgow)

 | TA (tension artérielle) +++++ (HTA : cause générale d'épistaxis)

 | FR (fréquence respiratoire)

 | Pouls

 | Température +++++ : thyroïdite aigüe

 | coloration des conjonctives

 □ retentissement +++++

+ Examen ORL :

 | Examen de la cavité buccale : de préférence par deux abaisse-langue pour bien apprécier cette cavité

 • Etat bucco-dentaire : caries

 • Gingivorragie, aphtose, Eulis, masse, fente palatine, jetage postérieure etc

 | Laryngoscopie indirecte : examen de la glotte

 | Examen des fosses nasales ou Rhinoscopie antérieure :

 • Etat de la muqueuse nasale : congestive, pâle etc

 • Rhinorrhée, Tâche vasculaire, polype

 | Examen otologique :

 • Etat du conduit auditif externe : eczéma, furoncle, CE, otorrhée etc

 • Aspect du tympan : normal ; translucide, la manche du marteau bien visible, triangle lumineux : antéro inf ; pathologique : grisâtre, congestif, présence d'une perforation ou d'une encoche

 | Examen de l'aire thyroïdienne : se placer derrière le patient, cou en légère flexion

 • Inspection : cicatrice, tuméfaction cervicale médiane ou hypertrophie localisée ascensionnant à la déglutition, CVC, flush (réaction vasomotrice)

 • Palpation : goitre homogène ou nodule thyroïdien : nombre, siège, taille, contours, consistance, sensibilité (sx prédictifs cliniques de malignité), un trill

 | Examen ganglionnaire +++++ : cervical : I : sous mentonnier, sous maxillaire / II : jugulaire sup / III : jugulaire moy / IV : jugulaire inf / V : correspond à la chaîne spinale dans le triangle post, / VI : cervical ant et le reste des aires gg

) Le reste de l'examen somatique

* conclusion clinique

Regroupement syndromique

→ dg à évoquer avec les pour et les contres de chacun

→ les bilans bio et imagerie

→ conclusion paraclinique

→ conclusion clinico-paraclinique

Finalement retenir notre diagnostic et démarrer la PEC thérapeutique

Observation en dermatologie

- Identité :

- * nom et prénom
- * âge
- * sexe
- * statut familial
- * parité
- * profession ++++++ (exposition solaire, aux produits chimiques etc =\ CANCERO)
- * mutualiste ou pas

- Motif d'hospitalisation :

par Exp : Rash cutané (Eruption cutanée généralisée), perte de substance, grosse jambe aigue etc

- ATCD :

Médicaux

- * notion d'HTA ou pas
- * notion de diabète ou pas
- * notion de cardiopathie ou pas
- * notion de néphropathie ou pas
- * notion de tuberculose ou contagé tuberculeux
- * prise de médicament, atopie personnel, allergie connue (alimentaire, physique etc), brûlure etc

chirurgicaux

toxiques ++++++ : tabac ++++++ => srt les cancers de la peau (carcinome épidermoïde) etc

familiaux : atopie familiale, cas similaire dans la famille (génodermatose)

- Histoire de la maladie :

date et mode de début, symptomatologie, retentissement, évolution, traitement déjà reçus, signes négatifs

- examen clinique

* examen général :

- > GCS (score de la conscience de Glasgow)
- > TA (tension artérielle)
- > FR (fréquence respiratoire)
- > Pouls

> Température

> coloration des conjonctives

* Examen dermatologique

Etat cutané :

> identifier la lésion :

+ les lésions élémentaires +++++++ (takhs tkouno dabtinhom) :

- les modifications de la couleur de la peau (je vulgarise un peu juste pour simplifier)

) les dyschromies : achromie vs macule (quand c rouge c soit de l'érythème soit un purpura c la vitre pression qui tranche le purpura ne disparaît pas à la vitre pression), quand c pigmenté c la règle de l'ABCDE

(A : asymétrie, B : bords et limites, C : couleur, D : diamètre et E : évolutivité)

- les lésions en relief à contenu solide

) lésion plus large que haute : papule (<5mm) vs plaque (> 1 cm) vs placard (> 5 cm)

) lésion plus haute que large : nodosité (<5mm) vs nodule (> 1cm) vs sauf nouure (grande taille et profonde)

- } végétations : c des excroissances qu'on dirait posés sur la peau
- } les kératoses : épaississement de la couche cornée
- les lésions en relief à contenu liquide
- } vésicule (de petite taille) à contenu clair vs pustule (idem mais à contenu trouble) vs bulle (> 1cm)
- et puis ils y a les squames (bl3arbiya dial ta3rabit jldat tat9chr...) : plusieurs types : psoriasiformes, etc, préciser la couleur, leur épaisseur etc
- les lésions secondaires :
 - croûtes, cicatrice, atrophie, sclérose, excoriation etc
- ♣ préciser ses caractéristiques : la taille, la couleur, le nombre, le siège etc
- ♣ Description de la peau péri-lésionnelle ++++++

Etat des phanères

- ongles :
 - } changement de couleur ou chromonychie : leuconychie (blanc), mélanonychie (brune à noirâtre), xanthonychie (jaune)
 - } ongles en dé à coudre : dépressions ponctuées de l'ongle
 - } pachyonichie : épaississement de l'ongle est due à une hyperkératose du lit unguéal
 - } onycholyse : destruction de l'ongle
- poils :
 - } cassé ou pas
 - } perte de cheveux : alopécie etc

la particularité de l'examen dermatologique c la dermatoscopie et la lumière de Wood sont dans le cadre des alopécies : pelade vs teigne et les teignes microsporiques (fluorescence +) vs trichophytiques (fluorescence nég)

- Examen des aires gg : srt quand c un néo

Le reste de l'examen somatique bien sur

- conclusion clinique

regroupement syndromique

- dg à évoquer avec les pour et les contres de chacun
- les bilans bio et imagerie
- conclusion paraclinique
- conclusion clinico-paraclinique

finalement retenir notre diagnostic et démarrer la PEC thérapeutique.

Observation en rhumatologie :

Motif d'hospitalisation :

- Symptômes prédominants ou anomalie d'examen complémentaire
- Objectif de l'hospitalisation : bilan diagnostic, évaluation thérapeutique, surveillance...

Coordonnées : médecin traitant, rhumatologue de ville

Anamnèse systématique :

- ATCDS : médicaux, chirurgicaux, allergies, familiaux
- Traitements
- Mode de vie : profession, droitier / gaucher, lieu d'habitation, tabac, alcool

Histoire de la maladie et anamnèse orientée

- Douleur :
 - Nociceptive/ neuropathique (fulgurances, décharges électriques, brûlure, paresthésie, broiement)
 - Mécanique / inflammatoire (réveils nocturnes non positionnels, dérouillage matinal > 30 min, améliorées par l'effort, pas par le repos)
- Différencier mécanisme de chaque douleur
- Chronologie précise
- Crises identiques oui/non
- Mode évolutif : intermittent/continu
- Examens complémentaires effectués / résultats
- Traitement effectués, effet, chronologie —> efficace en ... heures, échec primaire (inefficace d'emblée), échec secondaire (perte d'efficacité)

Questions quasi-systématique

- AEG et signes « B » (fièvre, sueurs)
- Syndrome infectieux, SF d'organes (signes fonctionnels)
- Signes de la série SPONDYLARTHRITE « SSUDOCU » (Sensibilité AINS, Sciatalgie-fessalgie-talalgie-sternalgie, Urétrite, Digestif-diarrhée, Orteil en saucisse-dactylite, Cutané-psoriasis, Uvête)
- Manifestations d'AUTO-IMMUNITE : personnelles ou familiales diabète type 1, PR, dysthyroïdie, vitiligo, lupus, SEP...
- Manifestations SYSTEMIQUES : Syndrome sec ++, Raynaud, alopecie, manifestations cutanées, déficit neurologique, érosions muqueuses, photosensibilité, sérite, céphalées, claudication de mâchoire, atteinte ophtalmologique
- RACHIS RADICULALGIES : impulsivité, type de claudication et périmètre de marche, pourcentage radiculalgie vs lombalgie, troubles vésicosphinctériens, signes du caddie, positions antalgiques, types de traitements
- GENOUX MECANIQUES : syndrome rotulien, syndrome fémoro-tibial, descente des escaliers, pseudo-blocage et blocages, gonflement, lâchages, signe du cinéma
- OSTEOPOROSE :
 - Facteurs de risque o Fractures personnelles ostéoporotiques : radius distal/vertèbres/col fémoral+++ mais aussi côtes, ESH, fémur distal, tibia proximal, bassin/sacrum++ PAS orteils/doigts/rachis cervical/crâne

- Antécédents : corticothérapie prolongée, hyperthyroïdie, HPP, hypogonadisme, ménopause < 40 ans
- IMC < 19
- Ménopause et fracture fémorale familiale au 1er degré sans trauma majeur
- Aménorrhée o Carence Vit D o Alcool, tabac, âge

Symptomatologie actuelle :

- Localisation des douleurs, type...
- DM Dérouillage matinal
- RN Réveil nocturne
- Si radiculalgie : IMPULSIVITE ++ et TROUBLES VESICO-SPHINCTERIENS++
- EVA activité maladie, douleur, asthénie
- Consommation des traitements

Examen physique :

- Constantes : Poids, taille, IMC (index de masse corporelle), TT (tour de taille), TA, FC, T°, SpO₂
 - Etat général
 - Examen rhumatologique
 - Examen NEUROLOGIQUE
 - Sensibilité : tact superficiel comparatif, une modalité profonde (sens de position des articulations et talon-genou-crête tibiale, doigt-nez, Romberg), thermique
 - ROT
 - Motricité analytique : TESTING MUSCULAIRE comparatif chiffré sur 5 (Echelle MRC cf. ci-dessous)

0	: aucune contraction musculaire,
1	: contraction musculaire sans mouvement,
2	: mouvement dans le plan du lit,
3	: mouvement contre la gravité,
4	: mouvement contre résistance,
5	: force musculaire normale
 - Syndrome pyramidal, sphincters
 - Examen CUTANE : sans oublier, zones d'extensions, plis, ongles, langue
 - Aires hépato-spléno-ganglionnaires
 - Examen général
- Conclusion :
- Terrain : H ou F, âge
 - Présentation clinique, regroupement SYNDROMIQUE
 - HYPOTHESE(s) diagnostique(s) et justification
 - Causes inflammatoires « SINOVIAM »
 - Systémique : connectivites, syndrome auto-inflammatoires, sarcoïdose

- Inflammatoire (Rhumatisme inflammatoire chroniques) : PR, spondylarthrites
- Néoplasique
- hOrton -PPR
- Vascularites
- Infectieux
- Arthrose Algodystrophie
- Métabolique Microcristaux : CCA, Goutte
- SCORES selon l'hypothèse suspectée : DAS , HAQ , BASDAI , BASFI , Lequesne
- ECP Examens complémentaires nécessaires
- Traitement de 1 ère intention

Examen rhumatologique

- Squelette axial
 - Rachis
 - SYNDROME RACHIDIEN : RAIDEUR SEGMENTAIRE/DIFFUSE

En rotation/flexion/extension/inflexion latérale, contracture paravertébrale, palpation/percussion épineuses

 - Mesures rachidiennes :
 - Distances : **DOM** occiput ou tragus-mur (regard horizontal), **DMA** menton acromion D/G, **DMSter** menton-sternum flexion/extension
 - C7 mur, ampliation thoracique (+...)
 - Schöber (10 +...), inflexion latérale, DMSol distance main sol
 - DIM Distance inter-malléolaire : hanches ++
 - Syndrome articulaire postérieur, Syndrome de Canal lombaire rétréci CLR

Etirement radiculaire : Lasègue, Léri → croisé / vrai/ lombaire
 - Sacro-iliaques : 5 manœuvres et palpation
 - Ecartement / rapprochement des SI
 - Cisaillement horizontal / vertical
 - Trépied
 - Sternum et sterno-claviculaires

Squelette PERIPHERIQUE : toutes les articulations

- Tests de l'épaule
 - Mobilités passives / actives
 - Compartiments gléno-huméral, scapulothoracique/acromio claviculaire/sterno-claviculaire.
 - Sus-épineux : Yocom (main sur l'épaule opposée en Y), Jobe (pouces en bas, MS tendus à l'horizontal dans le plan de l'omoplate)
 - Sous-épineux : RE1 (rotation externe coude au corps) et RE2
 - Infra-épineux : RE2 (rotation externe en abduction)
 - Sous-scapulaire : Belly press test (rotation interne main sur le ventre), Gerber
 - Long biceps : Palpation++, Palm up test
 - Conflit : Jobe, Hawkins
- Genou

- Mobilités rotuliennes passives et recherche de crépitations/rabot rotulien
- Epanchement : choc rotulien/signe du flot/kyste poplité
- Palpations des cartilages : facettes rotuliennes, condyles fémoraux en flexion
- Laxité frontale (valgus varus en extension) et sagittale (Lachman à 10°, tiroirs antérieurs et postérieurs à 90°)
- Signes méniscaux : cri méniscaux externe (Cabot) et interne (Houdard), perte d'extension, flexion forcée+RE/RI
- Bandelette ilio-tibiale
- ABARTICULAIRE
 - Tendons : douleur à l'insertion, à l'étirement et aux manœuvres contrariées
 - Enthèses : douleur à la palpation des insertions
Crêtes iliaques, moyen fessiers, épineuses rachis, sternum, talon,aponévrose plantaire
 - Tissus mous

Liste des AINS :

Famille	DCI	Spécialités (exemples)	Poso usuelle	Poso Max
Salicylé	Acide Acétylsalicylique	Aspirine Upsa	1g-1-1	6 g
Aryl-propionique	Acide tiaprofénique	Surgam	200mg 1-1-1	600 mg
	Flurbiprofène	Cébutid	100mg 1-1-1 200mg LP 1/J	200mg LP 300 mg LI
	Ibuprofène	Nurofen, Advil	400mg 1-1-1	2,4 g
	Kétoprofène	Bi-Profénid LP 100mg, Ketum	LP 100mg 1-0-1	
	Naproxène sodique	Apranax 500 ou 550, Naprosyne 500mg Naprosyne 750mg ou 1000mg	500 ou 550mg 1-0-1 1/J	1100mg
Aryl-acétate	Diclofénac		50mg 1-1-1 LP75mg 1-0-1 LP100mg 1/J	150mg
Coxibs	Etoricoxib	Arcoxia 30, 60	1/J	120mg
	Célécoxib	Celebrex	100 ou 200mg 1-0-1	400mg
Oxicam	Méloxicam	Mobic	7,5mg 1-0-1 ou 15 mg 1/j	15mg
	Piroxicam	Feldène 10 ou 20mg, Brexin 20mg, Cycladol 20mg --> 2 ^{ème} intention	10mg 1-0-1 ou 20mg 1/J	20mg Sauf goutte 40mg (Cycladol)
	Tenoxicam	Tilcotil 20mg	1/J	20 mg
	Nabumétone	Nabucox 1g	1 à 2/j	2 g
	Indométacine	Chrono-Indocid 75mg et Indocid 25mg	75mg LP 1-0-1 +/- 50mg midi en LI	200 mg
	Nimésulide	Nexen 100mg	100mg 1-0-1	200mg

Annexes :

DEVELOPPEMENT STATURO-PONDERAL :

Evolution du poids : Naissance : Poids moyen = 3500g (2500-4000)

PN x 2 à 5 mois

PN x 3 à 1 an

PN x 4 à 2 ans

APRES 2 ANS : (AGE X 2) + 8 A 10 KG

Evolution de la taille : Naissance : 50 cm

1 an : 75 cm

2ans : 85 cm

4 ans : 100 cm

Après 4 ans : (âge x 5) + 84 cm

Evolution du périmètre crânien : Naissance : 35 cm

3 cm le 1er mois., 2 cm le 2ème mois , 1 cm le 3ème mois puis 0,5 cm par mois jusqu'à 1 an.

3 mois : 40 cm , 6 mois : 43 cm, 1 an : 45 cm

Calcul de la surface cutanée (surface cutanée en m², poids en kg) :

$$\text{Surface cutanée} = \frac{(4 \times \text{poids}) + 7}{90 + \text{poids}}$$

	Nouveau-né	1an	3ans	5ans	8ans	adulte
Poids (Kg)	3	10	15	18	25	70
Surface cutanée (m ²)	0.2	0.5	0.65	0.75	0.9	1.8

Développement sensoriel :

Vision : s'établit progressivement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dès premier jour : Réflexe photo-moteur ➤ 1° ou 2° mois : Poursuite oculaire ➤ 3 mois : Convergence et Accommodation ➤ 6 mois : Vision binoculaire ➤ 1° semestre possibilité d'un strabisme intermittent
Audition	le réflexe cochléo-palpébral s'établit dès le premier jour (réaction au bruit)

DEVELOPPEMENT PSHYCHOMOTEUR :

Tonus et motricité :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tenue de tête : 3 mois ➤ Assis sans appui : 7 - 9 mois ➤ Debout avec appui : 8 - 9 mois ➤ Marche sans appui : 11 - 16 mois ➤ Course - sauts - montée des escaliers : 2 ans
Activité manuelle	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préhension palmaire : 6 mois ➤ Pince pouce-index: 8-10 mois
Langage, Sociabilité	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 1er sourire vrai : 2 mois ➤ Reconnaissance de la mère : 3 mois ➤ Voyelles isolées : 3 - 4 mois ➤ Gazouillis : 4 - 8 mois ➤ dit Papa - maman : 8 -11 mois ➤ 1ers mots vers 12 mois ➤ 1ères phrases vers 24 mois.
Contrôle Sphinctérien :	<ul style="list-style-type: none"> ➤ contrôle anal vers 14-16 mois ➤ contrôle vésicale : <ul style="list-style-type: none"> ○ diurne : 18 - 24 mois ○ Nocturne : 18 - 36 mois

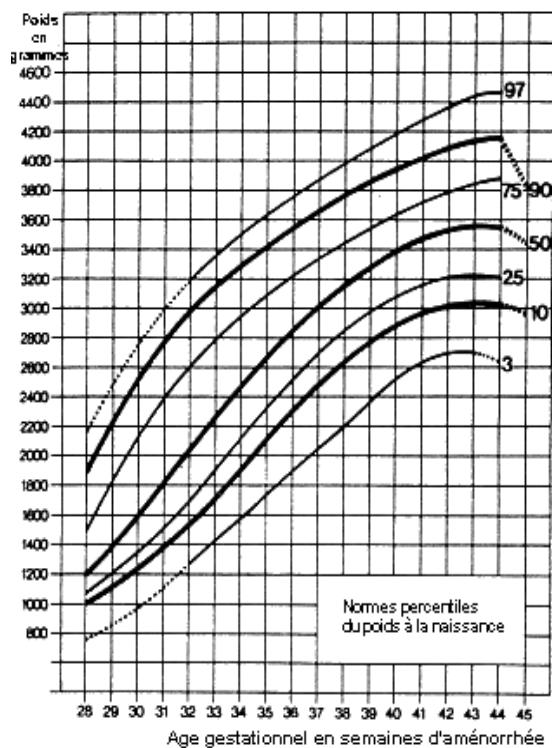
Maturation dentaire : 2 dentitions

- 1ère dentition (de lait) : temporaire = 20 dents
- La chute de cette 1ère dentition débute vers 6 - 7 ans
- 2ème dentition : définitive : 32 dents

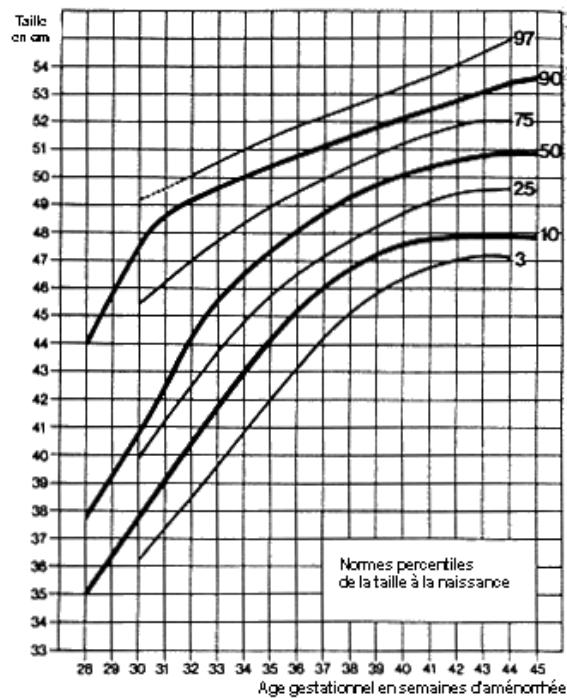
6-8 mois	Incisives médianes inférieures puis supérieures
8-12 mois	Incisives latérales
12-16 mois	Prémolaires 2 supérieures et 2 inférieures
18-24 mois	Canines 2 supérieures et 2 inférieures
24-30 mois	Molaires

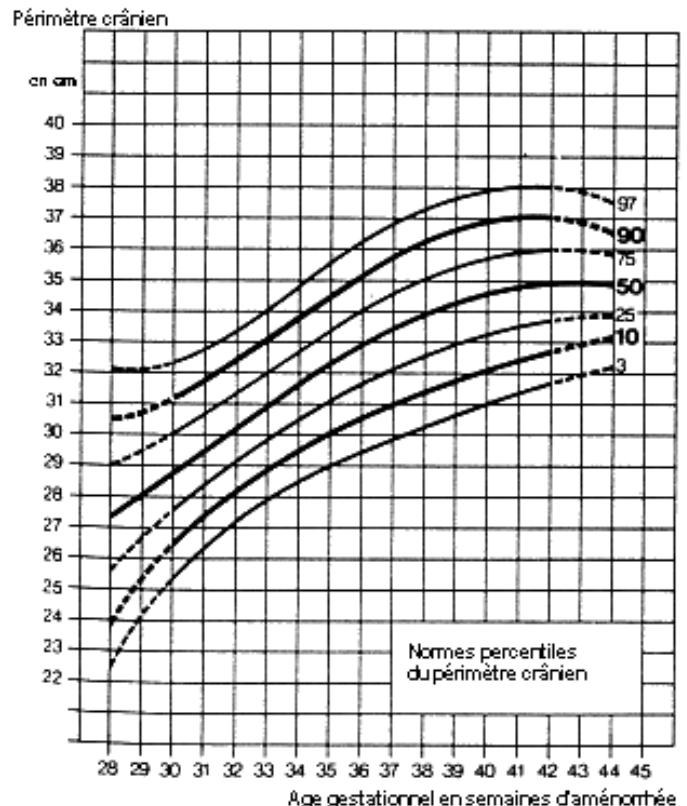
Normes percentiles du poids, de la taille du périmètre crânien, Courbes de Leroy et Le Fort

Poids de naissance



Taille à la naissance





Diagnostic de maturation morphologique ou score de Farr

		0	1	2	3	4
P e a u	Couleur (en dehors du cri)	Rouge sombre	Rose	Rose irrégulier pâle,	Pâle	
	Transparence	NOMBREUSES veinules collaterales très visibles sur l'abdomen	Veines collatérales visibles	1 ou 2 gros vaisseaux nettement visibles	1 ou 2 vaisseaux peu nets	Absence de vaisseaux visibles
	Texture	Très fine, "gélatineuse" à la palpation	Fine et lisse	Lisse et un peu épaisse Desquamation superficielle ou éruption fugace	Epaisse, rigide Craquelures des mains et des pieds	Parcheminée Craquelures profondes Desquamation abondante
Oedème (des extrémités)		Evident, pieds et mains	Non évident Petit godet tibial	Absent		
Lanugo (enfant soutenu en position ventrale vers la lumière)		Absent	Abondant, long et épais sur tout le dos	Clairsemé dans le bas du dos	Présence de surfaces glabres	Absent sur au moins la moitié du dos
O r e i	Forme	Pavillon plat Rebord de l'hélix à peine ébauché	Début d'enroulement sur une partie de l'hélix	Enroulement complet de l'hélix Début de saillie de l'anthélix	Reliefs nets bien individualisés	

I l e s	Fermeté	Pavillon pliable ne revenant pas à sa forme initiale	Pavillon pliable revenant lentement à sa forme initiale	Cartilage mince L'oreille revient rapidement en place	Cartilage sur tout le bord L'oreille revient immédiatement en place	
O G E	Masculins (testicules)	Aucun testicule intrascrotal	Au moins un testicule abaissable	Au moins un testicule descendu		
	Féminins (grandes lèvres)	Grandes lèvres ouvertes Petites lèvres saillantes	Grandes lèvres incomplètement recouvrantes	Grandes lèvres bord à bord		
	Tissu mammaire (diamètre mesuré entre le pouce et l'index)	Non palpable	Inférieur à 0,5 cm	Entre 0,5 et 1 cm	Supérieur à 1 cm	
	Nodule mamelonnaire	Mamelon à peine visible Aréole = 0	Mamelon net Aréole plane	Mamelon net Aréole surélevée	Mamelon net Aréole de diamètre supérieur à 0,7 cm	
	Plis plantaires	Absents	Mince traits rouges sur la moitié antérieure de la plante	Plis plus marqués sur le tiers antérieur	Indentations sur les deux tiers antérieurs	Indentations profondes sur toute la plante

Diagnostic de maturation morphologique ou score de Farr (suite)

Score	Age gestationnel	Score	Age gestationnel	Score	Age gestationnel
5	28,1	15	35,9	25	40,3
6	29,0	16	36,5	26	40,6
7	29,9	17	37,1	27	40,8
8	30,8	18	37,6	28	41,0
9	31,6	19	38,1	29	41,1
10	32,4	20	38,5	30	41,2
11	33,2	21	39,0	31	41,3
12	33,9	22	39,4	32	41,4
13	34,6	23	39,7	33	41,4
14	35,3	24	40,0	34	41,4

Annexe 2' : Diagnostic de maturation neurologique

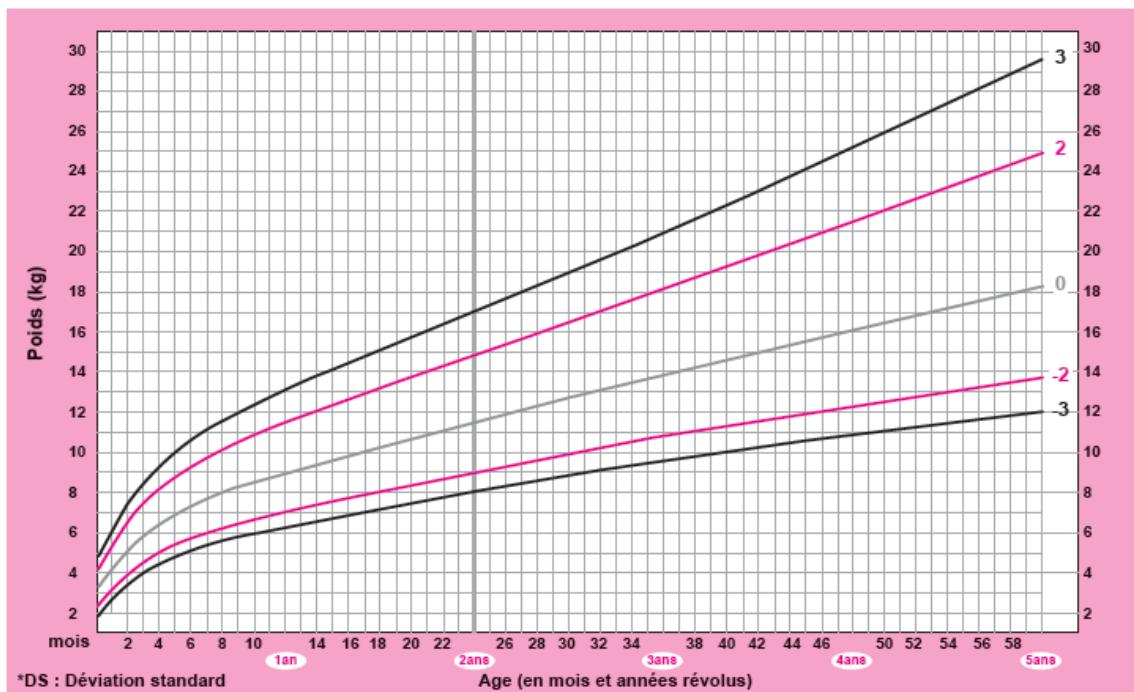
		28 semaines	32 semaines	34 semaines	36 semaines	41 semaines
Tonus passif	Attitude spontanée					

	Angle poplité	180°			90°	80°
	Angle pieds-jambe	35°			15°	0°
	Talon-oreille	Au contact	Résistant	Résistant	Impossible	
	Foulard (position du coude)	Dépasse la ligne mamelonnaire hétérolatérale	Entre ligne médiane et ligne mamelonnaire hétérolatérale			Ligne médiane Ligne mamelonnaire homolatérale
	Retour en flexion du membre supérieur et après une inhibition de 30 secondes	Absent		Existe, inhibable	Existe, peu inhibable	Existe, non inhibable
Tonus actif	Fléchisseurs de la nuque (couché, amené en position assise)	Tête pendante		La tête passe et retombe aussitôt en avant	Dodeline, puis retombe en avant	La tête se maintient dans le prolongement du tronc
	Extenseurs de nuque (assis, légère inclinaison en arrière)	Absent	Début de redressement faible		Redressement, sans maintien	Redressement, la tête se maintient
	Redressement sur les membres inférieurs	Absent	Cuisses	Bas du tronc	Haut du tronc	Complet, avec redressement de la tête
	Redressement du tronc (enfant maintenu contre soi)	Absent		Ebauche	Complet	Excellent
Réflexes d'automatisme primaire	Succion	Absente	Faible	Existe		
	Moro	Faible, non reproductible	Faible abduction des bras	Complet avec cri		
	Préhension (grasping)	Doigts	Epaule		Ebauche d'entraînement de la tête	Entraîne la nuque
	Marche	Absente	Ebauche	Bonne sur les pointes		Complète sur plante

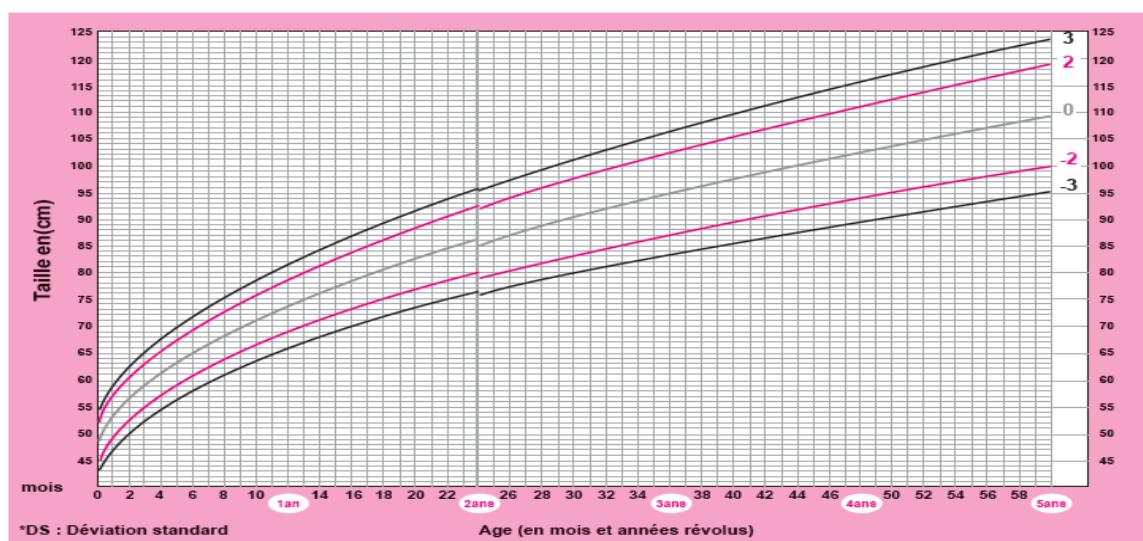
Réflexe d'allongement croisé du membre inférieur	Réflexe défense inorganisé ou absence de réponse	Extension avec très large abduction	Extension-abduction, éventail des orteils	Enchaînement flexion-extension	Flexion-extension-abduction
--	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-----------------------------

COURBES POIDS/TAILLE/ Périmètre crânien/Indice de Masse Corporelle (IMC)

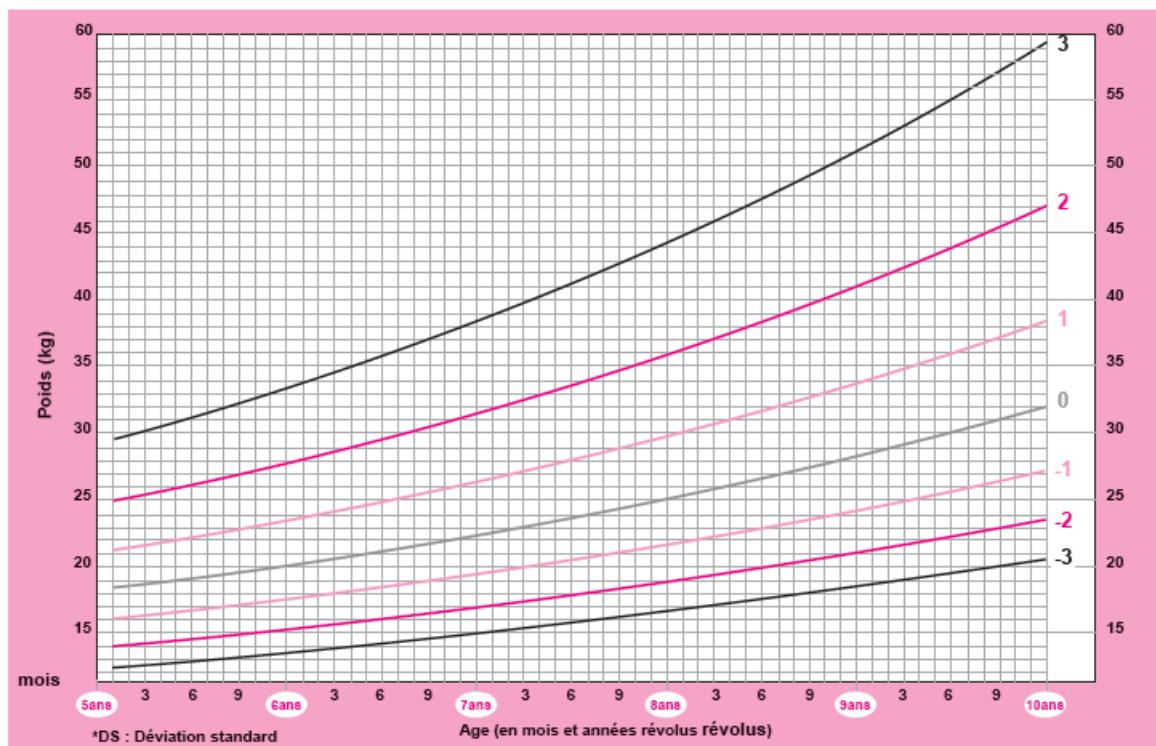
**Courbe poids / âge pour filles de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



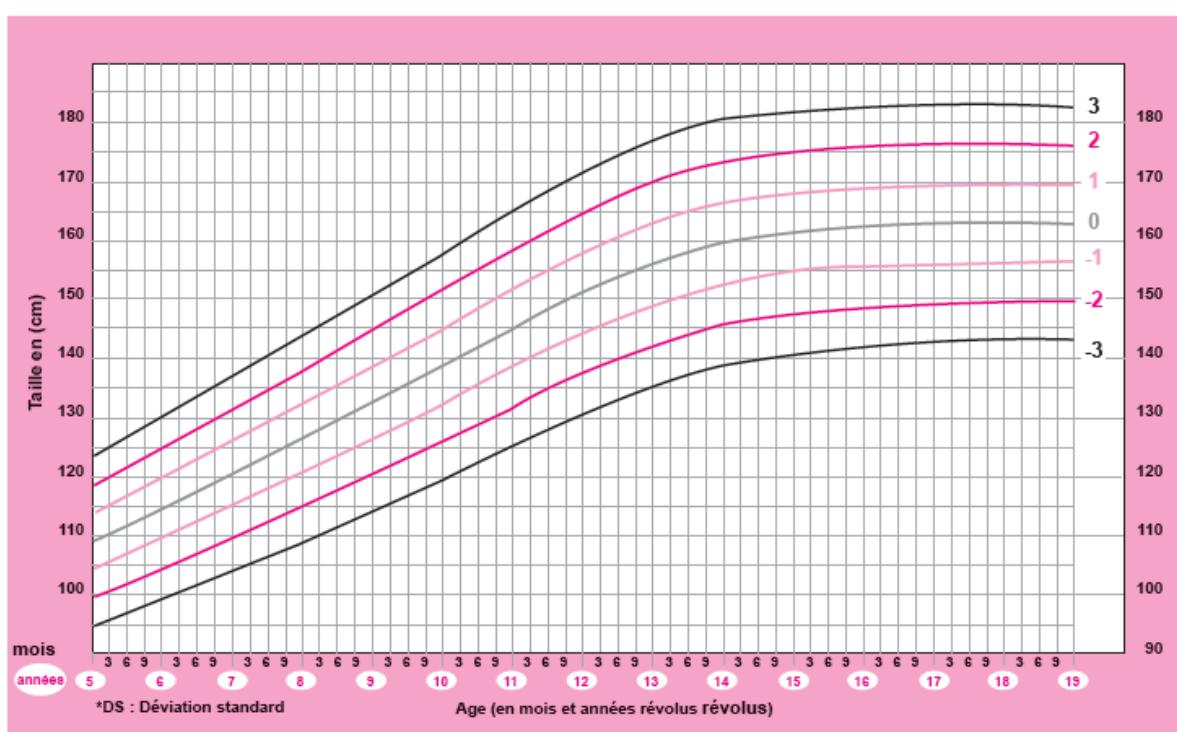
**Courbe taille / âge pour fille de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



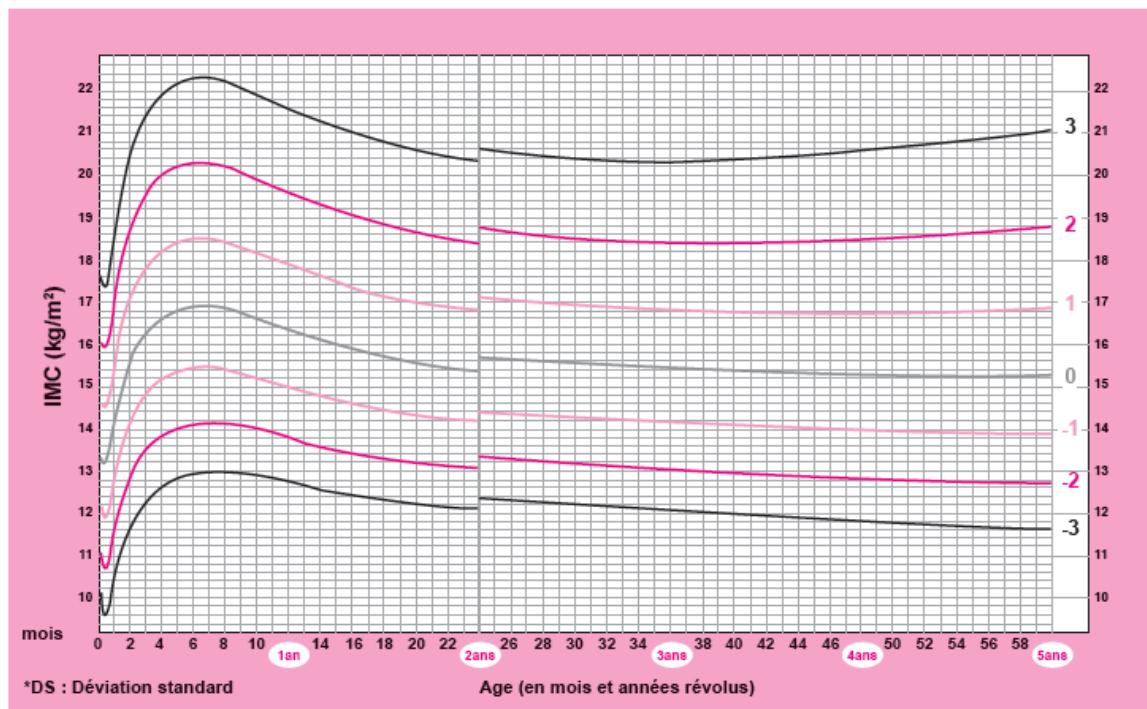
**Courbe poids / âge pour fille de 5 à 10 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



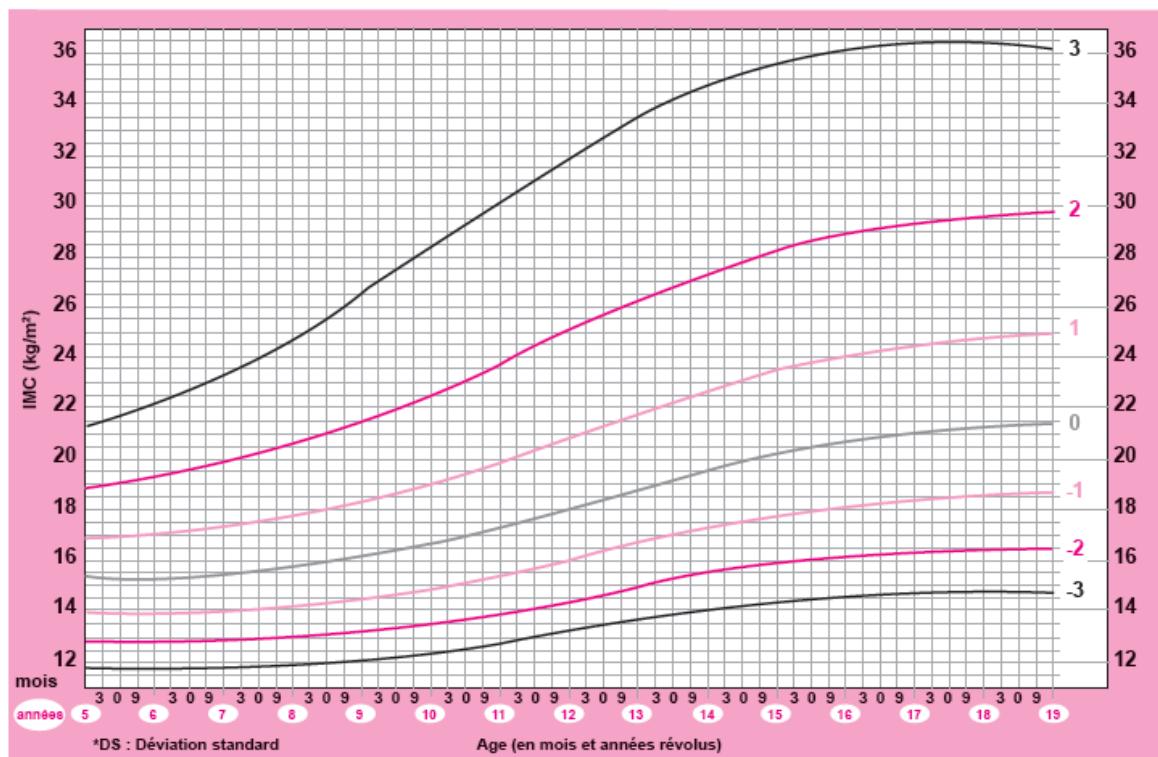
**Courbe taille / âge pour fille de 5 à 19 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



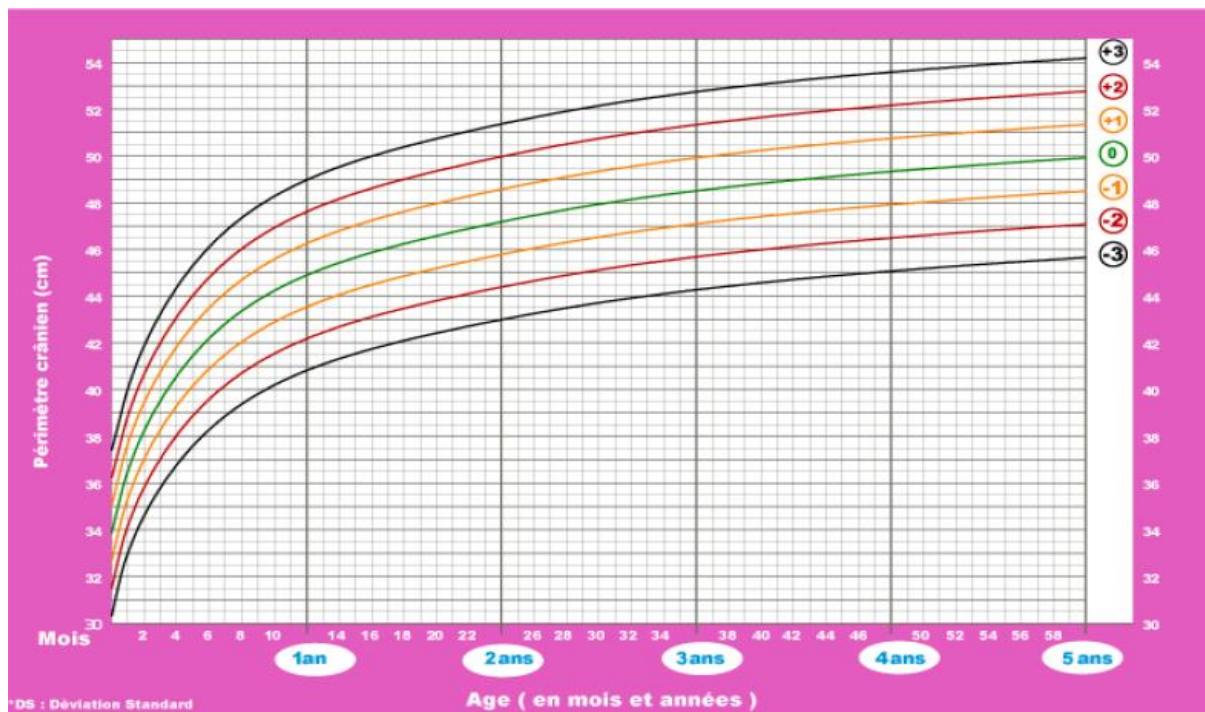
**Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour fille de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



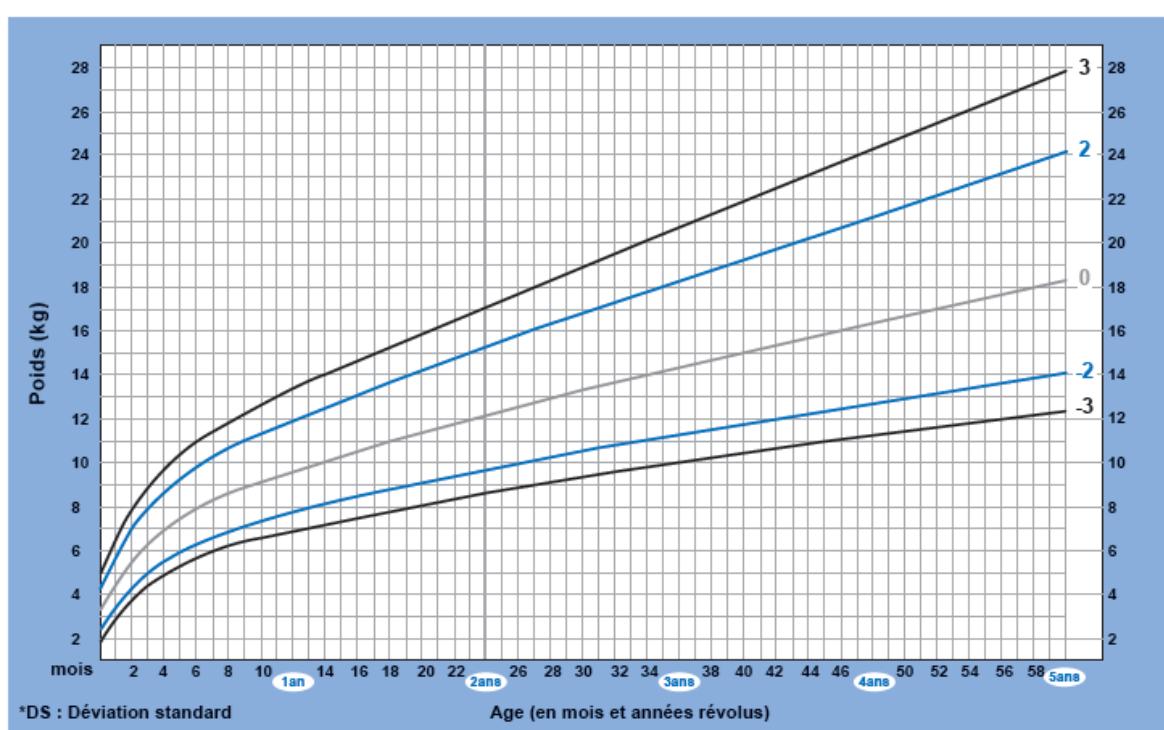
**Courbe Indice de Masse Corporelle (IMC) / âge pour fille de 5 à 19 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



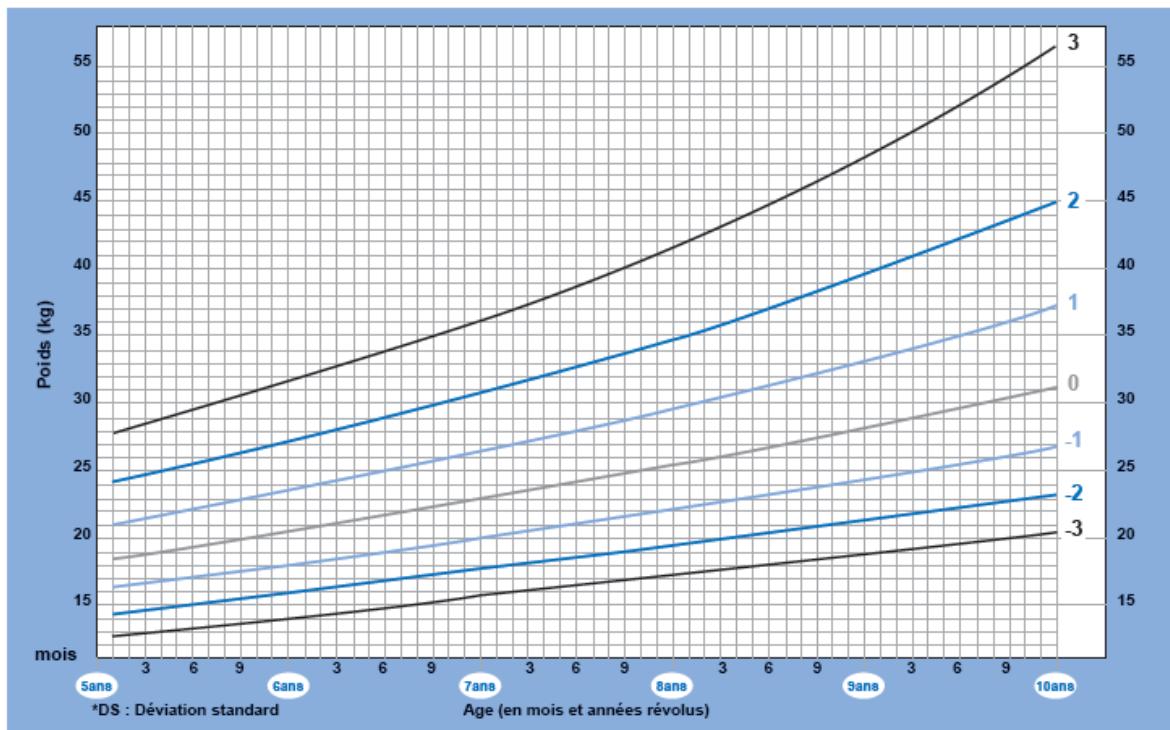
Courbe périmètre crânien/âge pour garçons de la naissance à 5ans(DS*)
(normes de l'OMS, 2006)



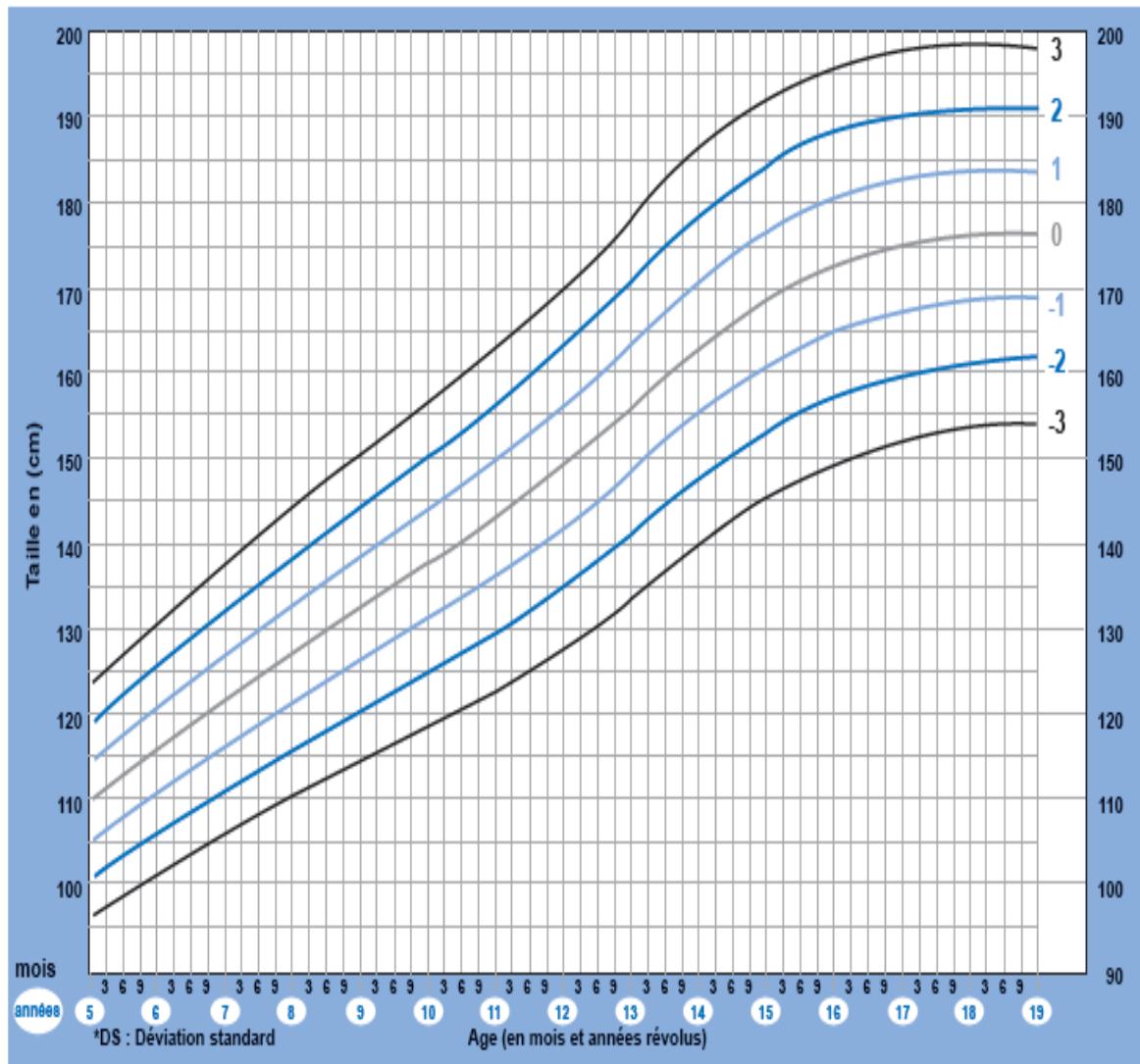
Courbe poids / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)



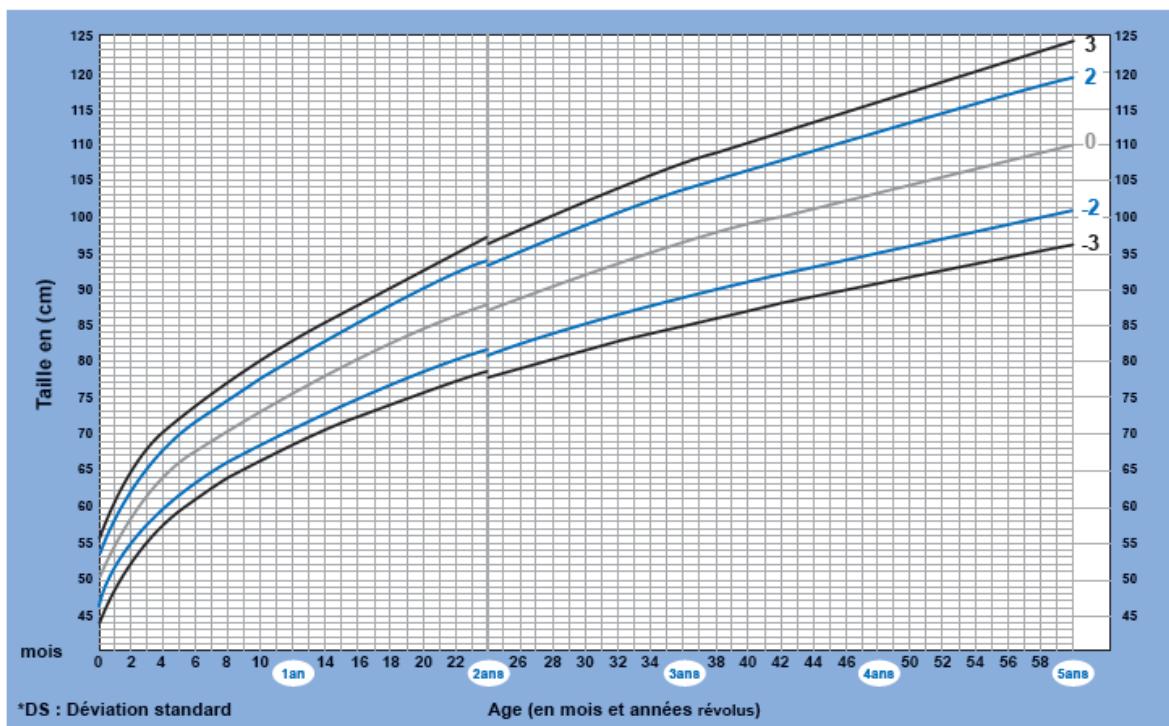
**Courbe poids / âge pour garçon de 5 à 10 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



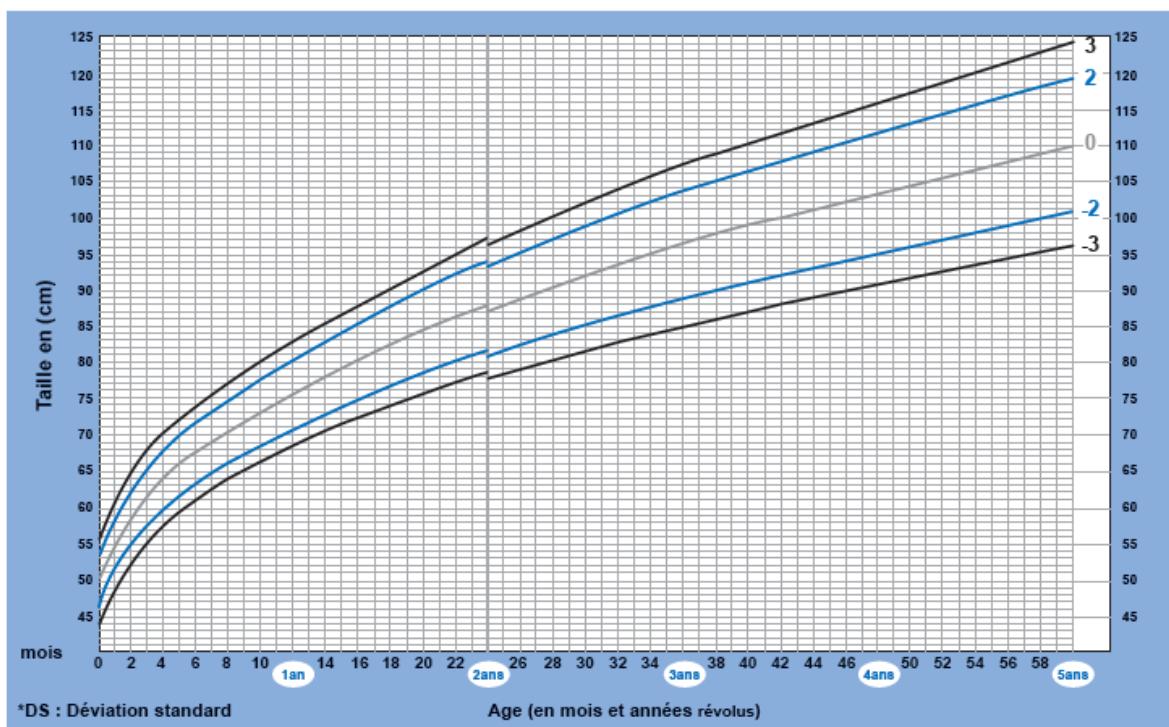
Courbe Taille / âge pour garçon de 5 à 19 ans (DS*) (normes de l'OMS, 2007)



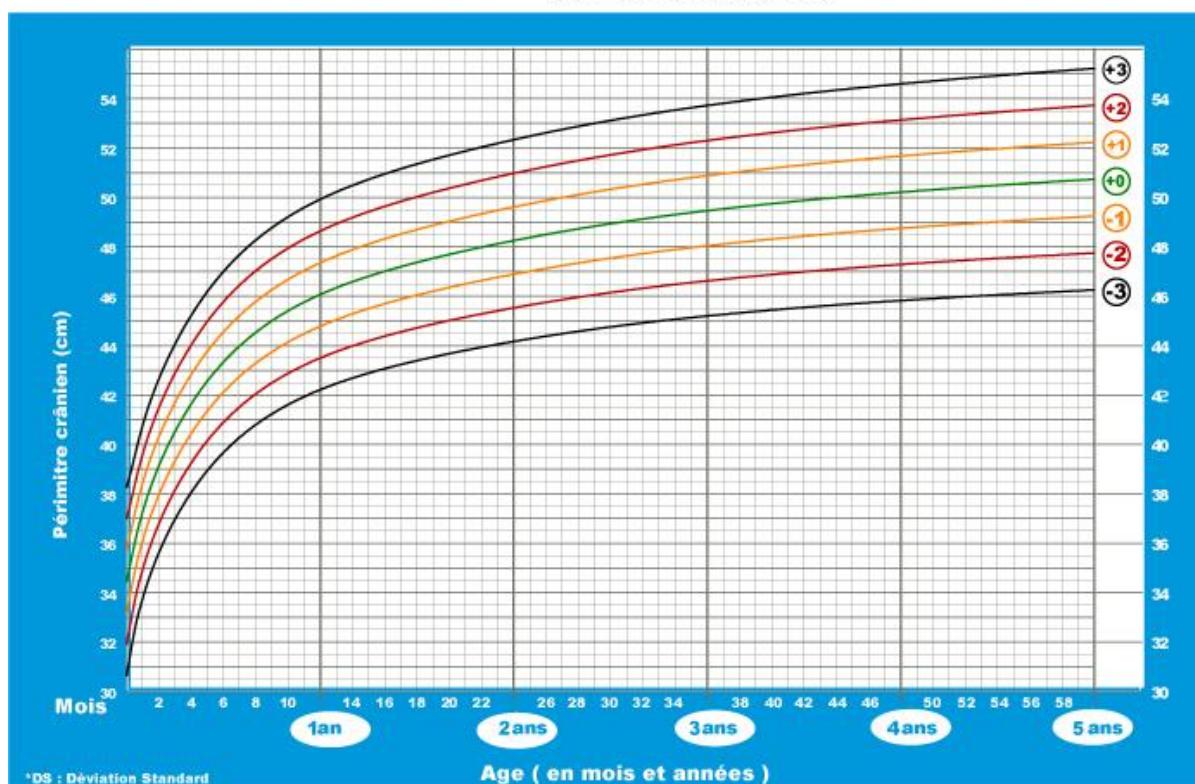
**Courbe taille / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



**Courbe taille / âge pour garçon de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2007)**



**Courbe Périmètre Crânien / âge pour garçons de la naissance à 5 ans (DS*)
(normes de l'OMS, 2006)**



*DS : Déviation Standard

Score d'APGAR

cotation	0	1	2
Fréquence cardiaque	0	< 100	> 100
Mouvements respiratoires	0	Irréguliers	Réguliers
Tonus musculaire	0	Léger tonus en flexion des extrémités	bon tonus en flexion
Réactivité à la stimulation cutanée	0	Grimace ou léger mouvement	Cri
coloration	Cyanose ou pâleur	Extrémités cyanosées, corps rose	enfant totalement rose

Score de Silverman (SS)

	0	1	2
Tirage intercostal	Absent	Visible	Marqué
Entonnoir xiphoïdien	Absent	Discret	Marqué
Balancement Thoraco-abdominal	Gonflement inspiratoire synchrones	Gonflement inspiratoire abdominal seul (thorax immobile)	Gonflement abdominal et rétraction thoracique (respiration paradoxale)
Battement des ailes du nez	Absent	Discret	Marqué
Geignement expiratoire	Absent	Audible seulement au stéthoscope	Audible à l'oreille

VALEURS DE LA TENSION ARTERIELLE

Normes de la pression artérielle en fonction de l'âge exprimées en mm de mercure (mmHg)

Nouveau-né	60/35 mmHg
6mois	80/46 mmHg
1an	96/65 mmHg
3-8ans	100/60 mmHg
12ans -16ans	118/60 mmHg

La tension artérielle doit être prise au repos (plus de 5 minutes) chez le patient couché (ou assis) avec un brassard adapté à la circonférence du bras (2/3), positionné trois centimètres au-dessus du coude (existe pour nouveau-né, nourrisson, enfant).

Le stéthoscope doit être posé sur l'artère évitant le brassard

La TA doit être reprise deux fois en dégonflant totalement le brassard et aux deux bras.

La pression artérielle systolique (en mmHg) peut être estimée par la formule suivante :

$$\text{PAS} = 80 + (\text{âge en années} \times 2)$$

PARAMETRES CARDIORESPIRATOIRES CHEZ L'ENFANT

Fréquence cardiaque-

Age	FC éveil (min-max)	FC sommeil (min-max)
Nouveau-né	100-205	90-160
1-12 mois	100_190	90-160
1-2ans	98-140	80-120
3-5 ans	80-120	65-100
6-11 ans	75-118	58-90
12-15 ans	60-100	50-90

FC : fréquence cardiaque PALS Guidelines 2015.

Pression artérielle systolique et diastolique

Age	PAS	PAD	Hypotension systolique
Nouveau-né	67-84	35-53	<60
1-2 mois	72-104	37-56	<70
1-2 ans	86-106	42-63	<70+ (âge en annéesx2)
3-5 ans	89-112	46-72	<70+ (âge en annéesx2)
6-9 ans	97-115	57-76	<70+ (âge en annéesx2)
10-11 ans	102-120	61-80	<90
12-15 ans	110-131	64-83	<90

PAS : pression artérielle systolique, PAD : pression artérielle diastoliquePALS Guidelines 2015.

Fréquence respiratoire en fonction de l'âge

Age	Fréquence respiratoire
<1an	30-53
1-2 ans	22-37
3-5 ans	20-28
6-11 ans	18-25
12-15 ans	12-20

Fréquence respiratoire normal selon l'âge (cycles/minute) Référence : PALS Guidelines 2015

L'index cardio-thoracique

Age	ICT
Nouveau-né	0,60
Nourrisson	0,55
Enfant	0,50

Classification de Tanner chez le garçon

Le développement des organes génitaux externes du garçon selon Tanner	Age de survenue	La pilosité pubienne (garçon et fille) selon Tanner	Age
G1 - Pré-pubère, volume du testicule < 4 ml		P1 - Absence	
G2 - Volume du testicule : 4 à 6 ml, pigmentation du scrotum	11,6 ± 1,1 ans	P2 - Quelques poils longs pigmentés à la base de la verge	13,4 ± 1,1 ans
G3 - Volume du testicule : 6 à 12 ml, allongement de la verge	12,9 ± 1,1 ans	P3 - Poils noirs, plus épais s'étendant sur la base et les côtés du pénis	13,9 ± 1,0 ans
G4 - Volume du testicule : 12 à 16 ml, forte pigmentation du scrotum, verge s'étend en longueur et en largeur	13,8 ± 1,0 ans	P4 - Poils du type adulte, abondants, sans extension	14,4 ± 1,1 ans
G5 - Maturation du testicule et de la verge de type adulte	14,9 ± 1,1 ans	P5 - Stade adulte avec extension à la face interne des cuisses et sur la ligne médiane	15,2 ± 1,1 ans

Classification de Tanner chez la fille

Le développement mammaire selon Tanner	Age	La pilosité pubienne selon Tanner	Age
S1 - Pré-pubère		P1 - Absence	
S2 - Bourgeon mammaire, élargissement de l'aréole	11,5 ± 1,1 ans	P2 - Quelques poils longs recouvrant les grandes lèvres	11,6 ± 1,2 ans
S3 - Élargissement du sein et de l'aréole, leurs contours ne sont pas distincts	12,1 ± 1,1 ans	P3 - Poils noirs, bouclés, plus épais, s'étendant au-dessus de la symphyse pubienne	12,3 ± 1,1 ans
S4 - Accentuation de l'élargissement du sein et de l'aréole qui saille en avant du plan du sein	13,1 ± 1,1 ans	P4 - Pilosité de type adulte sans extension à la cuisse	12,9 ± 1,1 ans
S5 - Sein adulte : aréole et sein sur le même plan, saillie seule du mamelon	15,3 ± 1,7 ans	P5 - Pilosité adulte, extension à la partie interne des cuisses	14,4 ± 1,2 ans

EXAMENS BIOLOGIQUES EN FONCTION DE L'AGE

Examens hématologiques :

➤ La NFS :

Age	Hb(g/dl)	Hte(%)	VGM	Réticulocytes (%)	Leucocytes *10 ³ /mm ³	PNN /Lympho (% /%)	Plaquettes *10 ³ /mm ³
J1-J3	18,5	56	108	1,8-4,6	18,9	61 /31	192
2semaines	16,6	53	105		11,4	45 /41	252
1mois	13,9	44	101	0,1-1,7	10,8	35 /56	
2mois	11,2	35	95				
6mois	12,6	36	76	0-2,3	11,9	31/61	
6mois-2ans	12,0	36	78		10,6	33/59	150-350
2 -6 ans	12,5	37	81	0,5-1	8,5	51/42	150-350
6-12 ans	15,5	40	86		8,1	54/38	150-350
12-18 ans masculin	14,5	43	88	0,5-1	7,8	57/35	150-350
12-18 ans féminin	14	41	90	0,5-1	7,8	59/34	150-350

➤ Bilan D'hémostase :

TP>70% chez l'enfant de tout âge, chez le nouveau-né >50%

TCA :1,2 témoin.

paramètre	1mois	3 mois	1ans	1-5ans	adulte
Temps de Quick sec	10 ,5	10 ,5	12,5	11	12,4
TCA sec	44,7	39,5	37,5	33	33,5
Fibrinogène (g/l)	2,7	2,4	2,5	2,8	2,8

Les dosages biochimiques :

➤ Ionogramme + glycémie :

	Liquide étudié	Sujet exploré	mg/dl-g/dl unités conventionnelles	$\mu\text{mol}/\text{L}$ ou mmol unités internationales
Na+	Sang	Tout âge	310-336mg/dl	135-145
K+	Sang	Tout âge	13,7-20,3mg/dl	3,5 -5
bicarbonate	Sang	Tout âge	22-28meq/l	22-28 mmol/l
Calcium total	Sang	Enfant	8,4-10,4 mg/dl	2,1-2,6 mmol/l
Calcium ionisé	Sang	Nouveau-né/enfant	4,5-5,5mg/dl	1,1-1,4mmol/l
chlore	Sang	Enfant	350-375mg/dl	98-106mmol/l
glucose		J0-J 3	30-80mg/dl 40-100mg/dl	1,7-4,4mmol/l 2,2-5,5mmol/l

➤ Bilan rénal :

	Liquide étudié	Sujet exploré	mg/dl-g/dl unités conventionnelles	$\mu\text{mol}/\text{L}$ ou mmol unités internationales
	Liquide étudié	Sujet exploré	mg/dl-g/dl unités conventionnelles	$\mu\text{mol}/\text{L}$ ou mmol unités internationales
Créatinine	Sang	Enfant Adolescent	0,33-0,9mg/dl 0,6-1,25mg/dl	30-70 $\mu\text{mol}/\text{l}$ 50-110 $\mu\text{mol}/\text{l}$
Urée	Sang		5-18mg/dl	1,8-6,4mmol/l

➤ Bilan infectieux :

CRP			<18mg/l	
Procalcitonine			<0,5 mg/l	

➤ Bilan hépatique :

	Liquide étudié	Sujet exploré	mg/dl-g/dl unités conventionnelles	µmol/L ou mmol unités internationales
ALAT		Nourrisson enfant	1-40 U/L 0-27U/L	≤ 0,7 µkat/l ≤ 0,45 µkat/l
ASAT		Nourrisson enfant	15-60 U/L 4-50 U/L	≤ 0,25-1 µkat/l ≤ 0,25-0,80 µkat/l
Bilirubine totale		enfants	<0,8 mg/dl	<14 µmol/l
GGT		< 3mois > 3mois	≤ 120U/l ≤ 30U/l	≤2 µkat/l ≤0,48kat/l

➤ Les Gaz du sang:

	Liquide étudié	Sujet exploré	mg/dl-g/dl unités conventionnelles	µmol/L ou mmol unités internationales
PH artériel	Sang	Tt enfant	7,35-7,45unité PH	7,35-7,45unité PH
PaO2	sang	enfant	80-100mmhg	10,7-13,3kPa
PcO2	Sang	Tt enfant	35-45mmhg	4,7-6,0kPa

Principaux résultats

Principaux résultats n°1
= l'externe sera capable de rédiger une observation médicale bien conduite

Principaux résultats n 2
= l'enchaînement et le bon résonnement clinique

Principaux résultats n 3
= la préparation aux épreuves cliniques