

I°- Introduction :

L'Observation est dossier médical et administratif qui doit être rédigé par le médecin. Elle doit contenir toutes les différentes étapes de ma prise en charge du malade.

- 1°- Une anamnèse
- 2°- Un examen clinique
- 3°- Un résumé
- 4°- Une conduite à tenir
- 5°- Une conclusion

II°- L'anamnèse :

L'anamnèse est l'interrogatoire du patient. Elle a pour but de déterminer les renseignements suivants du patient :

1- Renseignements généraux :

- a- Etat civil :
 - Nom et Prénoms
 - Age
 - Etat marital
 - Nombre d'enfants
- b- Adresse
- c- Profession

2- Le motif de la consultation :

Le motif de la consultation peut être :

⇒ Symptôme (signe)

1°- Signes objectifs

- ✓ un saignement
- ✓ une diarrhée
- ✓ une fièvre
- ✓ une paralysie
- ✓ etc...

2° - Signes subjectifs

- ✓ une douleur
- ✓ une fatigue
- ✓ une dépression

Rq : D'autres signes ou symptômes peuvent être découverts lors :

- de la consultation
- ou de façon fortuite (lors du bilan, médecine préventive, enquête, etc...)

Il faut alors les étudiants comme le motif de la consultation.

3- Histoire de la maladie :

C'est la description du maître symptôme (motif de la consultation). Cette description doit comporter les renseignements suivants :

- Type de symptôme
- Début
- Durée
- Localisation
- Irradiation
- Périodicité
- Fréquence
- Evolution
- Facteurs déclenchants et atténuants
- Etc...

La description du signe peut ainsi orienter vers l'organe malade ou même vers la maladie.

Rq : Il faut également décrire tout autre symptôme ou signe qui accompagne ou qui peut être découvert fortuitement lors de la consultation (signe d'accompagnement) .

4- Les antécédents (ATCD) :

a- ATCD généraux : non spécifiques, communs :

-Profession

-Habitudes toxiques :

- Tabac
- Alcool
- Médicaments
- Drogues

-Conditions de vie :

- Habitat (ensoleillement, humidité...)
- Alimentation
- Hygiène (eau potable, sanitaires...)

-Vaccinations

-Activité génitale :

- Puberté – Ménopause
- Contraception
- Gestation (nombre de gestes, conditions d'accouchement, parité, avortements, etc...)

b-ATCD médico-chirurgicaux :

- Personnels :
 - Maladies de l'enfance
 - ATCD médicaux et chirurgicaux
 - Faire anamnèse système par système (appareil)
- Familiaux :
 - Notion de consanguinité (maladie héréditaire)
 - Maladie familiale (obésité, HTA, diabète, etc ..)

III°- L'examen physique :

Après l'anamnèse, le patient doit être examiné physiquement.

Cet examen clinique doit être fait dans de bonnes conditions

⇒ **Conditions d'examination (voir cours précédent)**

- Local
- Matériel
- Malade

⇒ **Méthode d'examination**

L'examen clinique doit toujours se faire

- Pour tous les organes (tête et cou, le tronc (thorax et abdomen) et les membres)
- Du haut vers le bas
- De façon bilatéral et symétrique
- Et doit comporter :
 - une inspection
 - une palpation
 - une percussion
 - une auscultation

Les résultats de l'examen (normaux et anormaux) doivent être mentionnés sur l'observation.

IV°- Résumé du cas :

Le tableau clinique du patient, établi à partir des renseignements anamnestiques et cliniques, doit être résumé pour permettre :

- 1- d'établir en premier lieu s'il y a urgence ou non
- 2- de discuter le cas (diagnostic différentiel c'est-à-dire les différentes possibilités de diagnostic) chez le patient

3- de demander un bilan (toutes les demandes de bilan doivent être mentionnées dans l'observation)

Une fois le bilan fait, les résultats doivent être obligatoirement portés dans le dossier du patient.

4- Une fois ayant les résultats de l'anamnèse, de l'examen clinique et des investigations, le médecin doit pouvoir établir le diagnostic de la maladie dont souffre le patient et le mentionner dans l'observation avec éventuellement les arguments en faveur du diagnostic.

5- Une fois le diagnostic établi, le médecin doit, s'il y a lieu, la prescription médicale avec le détail des médicaments

Le médecin doit informer le malade du diagnostic de sa maladie et du détail de la prescription thérapeutique (voir cours précédent).

6- Enfin le détail de la surveillance ultérieure du patient (surveillance du malade, de la maladie et du traitement, des dates des RDV et les résultats des bilans de contrôles) doit être mentionné dans cette observation.

Ce résumé a également l'avantage d'être lu rapidement par un médecin (de garde) en cas de besoin.

V°- Rapport de sortie :

A l'issue de cette prise en charge avec ses différentes étapes, un rapport final doit être établi par le médecin traitant.

Ce rapport est remis au malade et éventuellement transmis en cas de besoin à un autre médecin (en général en cas d'orientation à l'hôpital ou à médecin spécialiste)

VI°- Conclusion :

L'observation médicale est un dossier à la fois administratif et médical qui doit être rédigé par le médecin traitant.

Ce dossier est protégé par le secret médical : en dehors du médecin traitant et du malade lui-même aucune autre personne ne peut le consulter, sauf éventuellement l'autorité judiciaire sur réquisition en cas de besoin.