

Fiche de l'entrée type

Cette fiche a été réalisée en collaboration par Emma Fritel et Tara Murphy pour les élus AFEP. Il rassemble des informations générales afin de faciliter vos premiers pas en tant qu'externes. Certains praticiens ont leurs propres habitudes et vous feront probablement adapter vos entrées en fonction de celles-ci, mais cette trame reste une base utile. Pas d'inquiétude, à force de l'utiliser, vous finirez par la connaître par cœur !

- **Médecin traitant**
- **Médecin(s) spécialiste(s)**

Motif d'admission : Pourquoi le/la patient(e) est là ?



Attention, le motif d'admission doit décrire **le problème clinique qui amène le patient** et non poser d'emblée un diagnostic. On n'écrit donc pas « décompensation de BPCO » mais plutôt « dyspnée fébrile ».

- **Antécédents médicaux**
- **Antécédents chirurgicaux** : demander l'appendicite, la thyroïde, les dents de sagesse, les césariennes.
- **Antécédents obstétricaux**
- **Antécédents familiaux** : notamment cancer, AVC et IDM avant 60 ans, maladie génétique, maladie auto-immune...

- **Allergies** : précisez la nature de la réaction et la date (ex : « Erythème dans l'enfance »)
- **Statut vaccinal** : grippe/COVID, zona, pneumocoque, DTP.
- **Traitements** : ne pas oublier la contraception, les antidouleurs et les compléments alimentaires.
- **Mode de vie** : tabac (quantifier), alcool (quantifier), activité sportive, travail (actuel et anciens), aide sociale, autonomie, lieu de vie, famille et entourage...

Histoire de la maladie : évolution du problème ayant motivé l'admission

« Il s'agit d'un patient de X ans se présentant dans le service Y pour... »

- Donner le début des symptômes, le mode d'apparition et l'évolution.
- Rechercher les éléments déclenchants ou favorisants éventuels (infection, traumatisme, effort, nouveau traitement, arrêt d'un traitement, voyage, etc)

- Antécédents/FRD en lien avec le motif (ex: patient polyvasculaire admis pour douleur tho)
- Indiquer les dates et les résultats des examens déjà réalisés.
- Indiquer les traitements déjà entrepris et préciser leur efficacité.
- Décrire le retentissement sur le quotidien du patient.
- Préciser le **degré d'urgence** et l'aggravation éventuelle de l'état.

Examen clinique : signes fonctionnels rapportés par le patient, inspection, palpation, percussion puis auscultation.

Phrase d'introduction sur l'état général patient : « patient comateux et douloureux »

Constantes : FC, TA, FR, Sat, EVA, T°.

Sur le plan cardiologique : pas de douleur thoracique, de dyspnée, de palpitations, de malaise ni de syncope. Pas d'œdèmes des membres inférieurs. Pouls perçus aux quatre extrémités, mollets souples et indolores à la palpation. Bruits du cœur réguliers, sans souffle.

Sur le plan pulmonaire : pas de dyspnée, de toux, d'expectoration ni de douleur thoracique. Patient eupnéique en air ambiant, sans signe de lutte respiratoire ni emphysème sous-cutané. Vibrations vocales symétriques. Murmure vésiculaire symétrique et bilatéral, sans bruit surajouté.

Sur le plan abdominal : pas de douleur abdominale, de nausées, de vomissements, de constipation, de diarrhée ni de SBAU/SFU. Abdomen non distendu, souple, dépressible et indolore à la palpation, sans globe vésical. Bruits hydro-aériques bien perçus.



Attention ! Pour l'**examen abdominal**, il faut **ausculter avant de palper ou de percuter** car cela peut modifier artificiellement les bruits hydro-aériques.

Sur le plan neurologique : pas de céphalées. Patient conscient et orienté dans le temps et dans l'espace, Glasgow 15, sans apraxie, ataxie ni aphasie. ROT présents et symétriques, paires crâniennes intègres, absence de déficit sensitivo-moteur ou de syndrome pyramidal (Si des tests spécifiques sont réalisés, les décrire précisément).

Sur le plan rhumatologique (en fonction du contexte) : pas de douleur ni de limitation fonctionnelle articulaire. Absence de déformation, de déviation du rachis ou de gonflement articulaire. Absence de douleur à la palpation et à la mobilisation articulaire (manoeuvres)

Sur le plan cutané (en fonction du contexte) : absence de lésions traumatiques, de purpura, d'érythème, de squames, de xérose ou de lésion cutanée suspecte.

Conclusion : phrase de synthèse avec hypothèse diagnostic

« Au total, patient de X ans hospitalisé pour probable décompensation de BPCO oxygéno-requérante à 3 L/min sur probable trigger infectieux. »