

RÉDACTION D'UNE OMH

Rédigé par « nom de l'externe »

Validé par « nom de l'interne »

Nom Prénom

Date de naissance du patient

Médecin Traitant : Dr...

Médecin spécialisé :

- Cardiologue traitant :

- Néphrologue traitant :

-

Motif d'hospitalisation : **Symptômes/Traitement**

Exemple : *Dyspnée NYHA 3 / Rétrécissement aortique*

NB : *si le patient n'est PAS hospitalisé pour quelque chose de programmé, on ne met que les symptômes.*

Traitements : PARACETAMOL 500mg 2-2-2 (2 comprimés le matin, 2 le midi, 2 le soir)

Toujours demander au patient ses prescriptions. Cela permet par ailleurs de s'orienter sur des maladies non dites à l'oral. Ex : le patient dit ne pas avoir d'HTA, au final, on remarque une trithérapie antihypertensive. On écrit en DCI. Ne pas oublier la contraception chez la femme.

Antécédents :

- **Médicaux :** *BPCO stade IV dernière EFR montrant une VEMS à 32 %*
 - **Chirurgicaux :** *opération d'un ligament*
 - **Gynécologique :** *GxPx*
 - **Familiaux**
 - **Facteur de risque CV :** *Tabac sevré depuis 2015 estimé à 50 PA, pas de dyslipidémie, pas d'HTA, pas de diabète, pas d'antécédent familiaux CV.*
 - **Allergies :** **écrire en toutes lettres ++** car AAC peut signifier Amoxicilline Acide Clavulanique. Préciser le type de réaction au médicament
- *Penser à mettre le stade de la maladie : par exemple BPCO GOLD 4. Cela permet de comprendre l'état global du patient, permet une orientation diagnostique, et changer une PEC : on ne traite pas une insuffisance respiratoire aiguë de la même manière entre un BPCO GOLD 3 et 4.*
- *Si en cours de chimio, préciser le nombre de cure.*
- *Mettre de manière concise les derniers résultats pertinents d'un examen complémentaire.*
- **Ne pas dire** au patient « vous avez des antécédents ? », vous risquez de passer à côté de beaucoup de chose, mais plutôt « Êtes-vous suivi pour des maladies ? (cœur ? rein ?) Avez-vous été, ou êtes-vous suivis pour un cancer ? »
- *Pour les FRCV > **TOUS les énoncer** « avez-vous du diabète, de l'hypertension, du cholestérol ? »*

Mode de vie : Métier, vit avec qui, a X enfants, autonome à domicile, aide à domicile, institutionnalisé en EHPAD. Marche avec aide ou sans aide. Hobbies, sport. Animaux à domicile, contact avec des animaux. **Alcool et toxique.**

Exemple : Ancien soudeur, vit avec sa femme, a 2 enfants, autonome à domicile. Fait de l'athlétisme. Pas d'animaux à domicile. Consommation d'alcool occasionnel, quelques verres le weekend, pas de toxique.

Ici, le métier de soudeur doit nous alerter sur une éventuelle CI à réaliser une IRM (débris oculaire)

- *Le métier permet d'évaluer l'exposition à certains produits et le retentissement de la maladie sur le travail.*
- *Pour les personnes âgées insister sur les aides à domicile, à la marche...*
- *Il est très important de savoir si le patient est autonome ou non, vit seul. Cela peut nous aiguiller sur une éventuelle **inobservance** du patient et justifiera une hospitalisation. Si le patient vit seul, personne ne le surveillera après l'hospitalisation : soit on prolonge l'hospitalisation de quelques jours soit on prescrit une infirmière à domicile.*
- *Hobbies et sport : nous oriente sur l'état de santé du patient, sportif ou non, sociabilité ou isolement. Contact avec des animaux pour les chasseurs, expositions à différents germes pour les nageurs en eau douce.*
- *Pour l'alcool **penser à être factuel** : alcool chronique/alcool occasionnel n'est pas la même définition pour tout le monde. Préciser le nombre de verres, le type et la fréquence. Idem tabac (nombre de paquets) et toxique.*

Histoire de la maladie : Du commencement à ajd, l'évolution, pathologie supplémentaire...

Aller à l'essentiel, ce qui est pertinent ou non. Facteur déclenchant. Type de douleur, localisation, irradiation, progressive ou brutale. Les médicaments pris au décours. Episodes fébriles, et temporalité.

Examen clinique à l'entrée : Poids, taille, IMC, FC, FR, SpO2, AEG ou non TA

Examen cardiologique : Bruit du cœur (régulier ? bruit surajouté ?), signe d'Insuffisance cardiaque droite (ICD) avec une turgescence jugulaire (TJ) et/ou reflux hépato-jugulaire (RHJ), hépatalgie/hépatalgie d'effort. Signe d'insuffisance cardiaque gauche (ICG). Pouls. Souffle carotidien/fémoral.

Pour le souffle, préciser le temps, le foyer, l'intensité, le timbre, l'irradiation

- *Signe d'ICG : orthopnée, crépitant bilatéraux prédominant aux bases, voix grésillante, expectoration mousseuse saumoné.*
- *Signe d'ICD : penser à préciser si il y a un état d'anasarque dans les ICD sévère (Pleurésie, Ascite, épanchement péricardique, hydrocèle chez l'homme)*

Examen pulmonaire : Eupnéique en Air Ambient (AA) c'est-à-dire 0 problème, toux, expectorations, cyanose, astérisis (=flapping tremor), tirage. Murmure Vésiculaire (MV) bilatéral et symétrique sans bruit surajouté.

Perception symétrique des vibrations vocales, percussion tympanique symétrique.

Pour rappel :

- *Tirages : sus-claviculaire, intercostal, battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal (= épuisement diaphragmatique). Valeur localisatrice.*
- *En cas d'anomalie à l'auscultation préciser : Bruits assourdis ? Crépitants fins/bulleux ? Sibilants ? Souffle tubaire ? Ronchis ? Wheezing ? Cornage ? Stridor ?*
- *Si elle est présente préciser s'il y a une expiration abdominal active (orienté vers un syndrome obstructif).*

Examen abdominal : Abdomen souple dépressible indolore, masse palpée, nausée, vomissement (2 histo m+) diarrhée, constipation. Hépto-splénomégalie, ictère. Signe fonctionnel urinaire (SFU), contact lombaire, douleur à la percussion lombaire. Asterixis.

Pour rappel :

- Commencer la palpation de la rate en fosse iliaque gauche voir en hypogastre, à chaque inspiration la rate descend et viendra taper votre main si elle est hypertrophiée. Puis remonter progressivement.
- Différencier la rate d'une masse tumorale de l'angle colique gauche/rénale : la rate est mobile à l'inspiration contrairement aux masses tumorales.
- Signe fonctionnel urinaires : pollakiurie, dysurie, nycturie, urgenturie, retard au démarrage, jet faible et haché, miction par poussée
- Pour l'Asterixis, on peut le mettre dans l'examen abdo ou respi en fonction de l'orientation clinique, cirrhotique vs BPCO).

Examen neurologique : Glasgow (GCS=Glasgow Coma Scale) 15 (**E4V5M6**), Paires Crâniennes (PC) intègres, Barré déficit sensitivo-moteur (SM). Syndrome méningé. Manœuvre de Romberg sans particularité, syndrome vestibulaire, syndrome cérébelleux R +. Réflexe Ostéo-Tendineux (ROT) perçu et symétrique aux MI/MS (membres inf/membres sup). Réflexe cutanéoplantaire (RCP) en flexion. Signe de Hoffman (pyramidal).

Pour rappel :

- Paires Crâniennes : En cas de patient dans le coma, penser à faire la manœuvre de Pierre-Marie Foix.
- Syndrome méningé : photo/phonophobie, céphalées, vomissement en jet, raideur de nuque, signe de Kernig, signe de Brudzinski
- Romberg : On parle de Signe de Romberg s'il y a une **déviaton multidirectionnelle des membres sup à la fermeture des yeux**, cela traduit un déficit proprioceptif. Si la déviaton multidirectionnelle est la même à la fermeture et à l'ouverture des yeux on parle de Romberg Cérébelleux. On parle de Romberg latéralisé en cas de syndrome vestibulaire, à la fermeture des yeux.
- Syndrome vestibulaire : Romberg latéralisé, aggravé par la fermeture des yeux, Manoeuvre de Fukuda déviée, nystagmus, déviaton des index. TOUS du même coté, sauf le nystagmus qui est controlatéral
- Syndrome Cérébelleux : **Manoeuvre doigt-nez montrant une dysmétrie**. Manoeuvre des marionnettes montrant une adiadococinésie. Romberg élargissement du polygone de sustentation, danse des tendons, à noter que l'instabilité n'est PAS aggravé par la fermeture des yeux.
- ROT : vifs, polycinétique, diffus, abolis.
- RCP : indifférencié ou en flexion = normal. En extension = signe de Babinski. Attention, on ne dit pas Signe de Babinski négatif mais : RCP en flexion/indifférencié OU Signe de babinski.

Examen cutanéomuqueux : Aires ganglionnaires cervicale, axillaire, inguinales libres. Penser à la cavité buccale, état bucco-dentaire, écoulement des glandes salivaires si orientation diagnostique, langue dépaillée ?

Point de ponction des cathéters non inflammatoires, sans collection apparente.

Très important de marquer ce que l'on ne retrouve PAS à l'examen clinique, ça montre qu'on les a cherché. Lorsque l'examen est bien fait cela permet de voir s'il y a eu une évolution clinique du patient.

Par exemple :

Nouveau souffle chez un patient hospitalisé pour Sepsis à Staph Aureus = **suspicion d'endocardite.**

Pupilles devenues asymétriques chez un patient comateux = **suspicion d'engagement temporal.**

- *Penser toujours à regarder les Cathéters ! Tous les jours, et à fortiori si le patient a de la fièvre, ou si le patient à un Cathéter central (KTC).*
- *L'ordre dépend du motif d'hospitalisation, on ne commence pas par examen abdo si le patient vient pour choc cardiogénique.*

Biologie :

NFS: Hb : VGM : Plq : Leuco : PNN : Lympho :

Bilan hépatique: ASAT ALAT Bilirubine Gamma GT

Iono: Na : K : Cl : Ca : Créat : Urée :

Examen complémentaire :

ECG: Rythme sinusal xxx bpm, PR= xxx ms, Axe normal, QRS fin, pas d'onde Q, pas de décalage du segment ST, pas d'anomalie des ondes T.

Radio Thoracique :

Gaz du Sang en Air Ambiant/Sous 2L O2 aux lunettes: pH pO2 ... mmHg PCO2 ... mmHg HCO3- ... mmol/L Lactates mmol/L

Résumé d'admission :

Patient de x ans, ayant comme principal antécédent x, hospitalisé pour x.

C'est ce que vous devez connaître par cœur sur tous vos patients, c'est ce que l'on attend lorsqu'on vous demande de présenter un patient. Pour les antécédents, il faut être pertinent.

Hypothèses diagnostiques :

-Insuffisance respiratoire aigüe sur Pneumonie Aigu communautaire

-Insuffisance respiratoire aigüe sur Exacerbation de BPCO

-Insuffisance respiratoire aigüe sur Pneumopathie médicamenteuse

-Insuffisance respiratoire aigüe sur Insuffisance cardiaque gauche, mais diagnostique peu probable devant l'absence de crépitants et de l'ETT normale.

Pas toujours présent dans les OMH, souvent lors d'hospitalisation non programmé. On les énonce dans l'ordre de probabilité.

Préciser les hypothèses que l'on a éliminé.

Tjrs au moins 3.

Conduite tenue dans le service