

#001

Objectifs du carnet

Anatomie du Membre Inferieur

Carte de revision - Anatomie

- 1 Reconnaître anatomie du membre inferieur : hanche, genou, cheville, pied, nerfs et vaisseaux.
- 2 Rechercher les determinants majeurs : age, terrain, antecedents, traitements, grossesse, immunodepression, contexte familial et social.
- 3 Commencer par la gravite immediate avant le bilan etiological complet.
- 4 Formuler une conduite pratique avec objectif, traitement, surveillance et seuil d'avis specialise.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Situer anatomie du Membre Inferieur dans le champ de anatomie et préciser ce qui doit être acquis avant d’aller plus loin.
- Décrire la présentation attendue: hanche, genou, cheville, pied, nerfs et vaisseaux.
- Identifier pour anatomie du Membre Inferieur les situations qui changent immédiatement le niveau de soins: confusion de plan, variante anatomique, rapport vasculo-nerveux, organe critique ou erreur de latéralité.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, formuler une décision finale datée: lieu de prise en charge, traitement, surveillance et délai de réévaluation.

#002

Identifier et hierarchiser

- Interroger et examiner en ciblant anatomie du Membre Inferieur: symptômes cardinaux, chronologie, facteurs déclenchants et retentissement.
- Préciser le terrain utile pour anatomie du Membre Inferieur: âge, terrain, traitements, contexte familial et vulnérabilités.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, séparer forme simple, forme compliquée, diagnostic différentiel dangereux et situation relevant d'un recours senior.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, choisir les examens qui répondent à une question explicite: confirmer, stadifier, surveiller ou préparer un geste.

#003

Traiter et surveiller

- Première décision pour anatomie du Membre Inferieur: confirmer le diagnostic utile, traiter la gravite, organiser l'avis specialise et expliquer le plan.
- Suivi rapproché de anatomie du Membre Inferieur: symptomes, constantes, biologie ou imagerie pertinente, tolerance du traitement, autonomie et delai de controle.
- Escalader vers enseignant référent, chirurgien ou radiologue selon l'application si gravité, doute persistant, échec thérapeutique ou besoin de geste spécialisé.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, adapter la stratégie au patient réel: âge, comorbidités, traitements, souhaits, autonomie et ressources disponibles.

#004

Pièges fréquents

- Piège classique dans anatomie du Membre Inferieur: rassurer trop tôt devant une présentation incomplète ou un examen initial normal.
- Piège thérapeutique: traiter un symptôme de anatomie du Membre Inferieur sans planifier la réponse attendue et le seuil d'échec.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, piège d'organisation: oublier d'écrire qui revoit le patient, quand, avec quel résultat attendu.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, piège EDN: mélanger diagnostic, gravité et orientation; ces trois décisions doivent rester séparées.

#005

Synthese operationnelle

- Synthèse de anatomie du Membre Inferieur: nommer le problème, le mécanisme probable, la gravité et l'objectif de prise en charge.
- Documenter ce qui manque encore pour anatomie du Membre Inferieur: examen, biologie, imagerie, avis ou résultat microbiologique/ anatomopathologique.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, prévoir les complications prévisibles et les signes d'alerte que le patient ou l'équipe doivent surveiller.
- Pour Anatomie du Membre Inferieur, terminer par une transmission courte: diagnostic retenu, hypothèse dangereuse exclue ou non, traitement, surveillance.

Sources: Supports locaux SSD1/Alex/Anatomie; Referentiels EDN et collegiaux de Anatomie; Synthese pedagogique Codex beta.docentra, francais seul, 4 puces maximum par slide