

Modèle de rédaction d'un rapport de cas

Considérations générales. Veuillez vous assurer que les informations concernant le patient ne sont pas identifiantes et que vous avez obtenu, si nécessaire, l'autorisation d'un comité d'éthique ou du comité d'évaluation institutionnel. Présentez-vous des conflits d'intérêts ?

Titre. Incluez le terme « rapport de cas » dans le titre. Décrivez ce qui fait l'intérêt du cas à votre avis. Il peut s'agir du tableau clinique, du diagnostic, du résultat d'un examen, du traitement ou du résultat de la prise en charge.

Résumé. En 200 mots environ, résumez les informations suivantes si elles sont pertinentes : (1) intérêt du rapport de cas, (2) motif de consultation (plaintes principales, symptômes ou diagnostics), (3) prise en charge réalisée (diagnostiques, préventives, pronostiques, thérapeutiques), (3) issue des soins, et (4) principaux enseignements à tirer du cas.

Mots clés. Proposez 2 à 5 mots clés qui aideront les lecteurs potentiels à chercher et à trouver ce rapport de cas.

Introduction. Résumez brièvement l'arrière plan et le contexte de ce rapport de cas.

Motif de consultation. Décrivez les caractéristiques du patient (éléments démographiques pertinents, par exemple âge, sexe, origine, profession), les problèmes de santé motivant la consultation actuelle, avec les détails pertinents de la prise en charge antérieure.

Anamnèse et examen clinique. Décrivez : (1) les antécédents familiaux, médicaux, génétiques, psychosociaux et le mode de vie ; (2) les autres problèmes de santé actifs et leur prise en charge (traitements, y compris automédication) ; (3) l'examen physique centré sur les éléments importants et les signes trouvés.

Frise chronologique. Construisez une frise incluant les dates et les durées précises dans un tableau, une figure ou un graphique. Consultez www.care-statement.org/case-report-examples pour un exemple de frise chronologique de rapport de cas.

Prise en charge diagnostique. Résumez : (1) les résultats diagnostiques (notamment biologie, imagerie, questionnaires, avis spécialisés) ; (2) les obstacles diagnostiques (comme l'impossibilité de mener une évaluation complète, l'indisponibilité du patient, les barrières culturelles) ; (3) le raisonnement diagnostique avec les hypothèses envisagées ; (4) les éléments pronostiques le cas échéant (comme la stadification en oncologie).

Prise en charge thérapeutique. Résumez (1) les interventions réalisées (médicamenteuses, chirurgicales, préventives, hygiène de vie, soins auto-administrés) et (2) leurs modalités d'administration (forme galénique, dosage, fréquence, durée).

Suivi et issue des soins. Résumez l'évolution clinique du cas avec les visites de suivi : (1) les modifications, suspensions ou abandons de traitement, avec leurs motifs ; (2) l'observance du traitement et la façon dont elle a été évaluée ; (3) les effets indésirables ou inattendus. Décrivez (1) le résultat des soins selon le patient, (2) l'évaluation clinique du médecin, et (3) les résultats positifs et négatifs des examens complémentaires importants.

Discussion. Décrivez les points forts et les limites du rapport de cas, incluant la prise en charge, en référence à la littérature scientifique et médicale. Justifiez vos conclusions, notamment les liens de causalité supposés et les extrapolations à une population plus grande. Terminez avec les principales observations et les messages clés de ce rapport de cas.

Point de vue du patient. Lorsque cela est approprié, le patient devrait relater son expérience des soins à travers un bref témoignage publié avec le rapport de cas ou mis en annexe.

Consentement éclairé. Assurez-vous que le patient a donné son consentement éclairé à la publication du rapport de cas.