

Metodologia prezentării de caz clinic

Prezentarea de caz clinic este o probă de examen în situație reală, compusă din trei etape de câte 20 minute:

- culegerea datelor
- timpul de gândire
- prezentarea propriu-zisă a cazului (expunerea).

Înainte de începerea probei clinice candidatul se asigură cu hârtie, instrumente de scris, stetoscop, ciocan și ac pentru reflexe.

Culegerea datelor

De obicei la culegerea datelor asistă un membru al comisiei de examinare. Etapa de culegere a datelor cuprinde următoarele părți:

- anamneză
- examen fizic
- solicitarea investigațiilor.

Anamneza

- Trebuie efectuată în aproximativ *7-8 minute*.
- Anamneza se ia din *dreapta* bolnavului, *în picioare* (nu se stă pe pat). Dacă așezarea patului nu permite această poziție, pacientul va fi întors invers.
- Datorită limitei de timp este de preferat *tehnica întrebărilor dirijate*, lăsând bolnavului timp de răspuns.
- Întrebările sunt *scurte* (nu se solicită mai multe elemente o dată) și *clare* pentru pacient (nu se folosesc termeni medicali). La copii sau bolnavii inconștienți anamneza se solicită aparținătorilor sau comisiei.
- Răspunsurile se *ascultă* cu atenție și elementele importante sunt *notate* (nu vă bazați pe memorie!), pe cât posibil *ordonat* deoarece nu este timp pentru transcriere, iar căutarea în hârtii în timpul prezentării durează și nu face impresie bună.
- Re folosește un *ton respectuos*, la persoana a doua plural.
- Se *solicită* obligatoriu:

1. Date personale:

- Nume
- Vârstă
- Profesie (actuală sau anterioară pensionării)
- Domiciliu.

2. Motivele internării pe cât posibil se sistematizează pe sindroame.

3. Istoricul bolii actuale:

- Spitalizări anterioare pentru aceeași boală (investigații anterioare, diagnostice puse, complicații apărute, tratamente efectuate și rezultate obținute)
- Împrejurări și mod de debut

- Evoluția simptomelor până la internare (cât timp a dus boala pe picioare, cât timp a stat în pat, dacă a consultat medicul, ce analize a făcut până la internare, ce medicamente a luat, ce l-a determinat să se interneze)
- Starea la internare
- Evoluția simptomelor până în momentul examinării de către candidat.

4. Antecedente heredocolaterale și personale patologice:

- Se insistă pe internări anterioare, operații, alergii, boli infecțioase și dermato-venerice.
- Datele se solicită activ, sistematizat, pe segmente:
 1. Cap, inclusiv ochi, nas, gât, urechi, afecțiuni stomatologice
 2. Aparat respirator și tuberculoză pulmonară
 3. Inimă, reumatism poliarticular acut, hipertensiune arterială, artere și vene periferice
 4. Stomac și duoden
 5. Intestin, rect, frecvența, consistența, aspectul și culoarea scaunului
 6. Ficat, colecist, hepatită virală
 7. Pancreas
 8. Splină și afecțiuni hematologice
 9. Rinichi și diureză (frecvența și orarul micțiunilor, aspectul urinei)
 10. Afecțiuni genitale și dermato-venerice
 11. Sistem nervos și boli psihice
 12. Boli metabolice și carentiale.
- Se insistă mai ales pe antecedentele care au legătură cu boala sau organul afectat.

5. Antecedente personale fiziologice la femei:

- Menarha (la tinere)
- Periodicitatea ciclului, durata și cantitatea sângerării, fenomene de însoțire
- Ultima menstruație
- Climaxul
- Nașteri, greutatea copiilor la naștere, boli congenitale
- Avorturi spontane, terapeutice (pentru ce afecțiuni) sau provocate
- Evoluția sarcinilor, disgravidii precoce sau tardive.

6. Condiții de viață și muncă

- Venit lunar
- Profesie, muncă prestată
- Loc de muncă, noxe, toxice
- Număr de persoane în familie
- Locuință, condiții de microclimat
- Alimentație, regimuri prescrise și modul lor de respectare
- Uzul și abuzul de toxice: alcool (produsul preferat, cantitate zilnică aproximativă, de când bea), tutun (numărul zilnic de țigări, de când fumează), cafea, alte toxice
- Medicamente folosite în mod curent, anticoncepționale

- Suprasolicitări psihice.

Examenul fizic

- Trebuie efectuat în aproximativ 7-8 minute.
- Înainte și după efectuare candidatul *se spală pe mâini*.
- Examinarea se face din *dreapta* bolnavului și *în picioare*.
- Indiferent de boală, pacientul este examinat *complet*, dar se acordă o atenție sporită organului bănuț suferind.
- Examinarea se face cu blândete, menajând pudoarea bolnavului, ținându-l cât mai puțin timp dezbrăcat.
- În timpul examenului obiectiv se pot pune întrebări suplimentare cu privire la simptomele segmentului examinat.
- Se poate *face pe*:
 1. fețe, la cazurile grave
 2. segmente anatomice (rapid):
 - cap, ochi + reflexe pupilare urechi + auz, nas, gură, limbă, faringe, manevră Chwostek, ganglioni
 - gât, mobilitatea coloanei cervicale, redoarei cefei, tiroidă, ganglioni
 - torace, coloană dorso-lombară, lombe și manevră Giordano, puncte dureroase, membre superioare, ganglioni axilari.
 1. Cercetarea *vibrațiilor vocale* nu este obligatorie (se face doar dacă este cazul).
 2. Nu se *omite* ascultația axilelor, percuția și auscultația spațiilor supraclaviculare.
 3. Examenul nu este *formal* (nu se ridică stetoscopul înainte terminării respirației).
 4. *Auscultația cordului* se face și în decubit lateral stâng, iar dacă este cazul, și cu toracele aplecat înainte.
 3. aparate

Dacă starea pacientului o permite, este preferabilă examinarea pe segmente și nu cea pe aparate (este mai rapidă și sistematizată, bolnavul este mai puțin stânjenit, fiind ridicat o singură dată în poziție șezândă, segmentele pot fi descoperite succesiv, posibilitatea omiterii unui organ este mai mică).

 - după examinarea unui aparat, candidatul poate solicita comisiei explorări legate de acesta.
 - La sfârșit pacientul este anunțat că examinarea a luat sfârșit.

Solicitarea investigațiilor

- Necesită aproximativ 5 minute.
- Înainte de solicitare se cere reprezentantului comisiei ca rezultatele analizelor de laborator și explorărilor paraclinice să fie date *în evoluție*, dacă au fost efectuate mai multe examinări.
- Cererea și notarea datelor se face pe cât posibil ordonat, *sistematizat*.
- Dacă există investigații care necesită o analizare mai lungă (trasee ecg, radiografii, etc.), acestea *se pot cere* pentru o studiere mai atentă în cursul timpului de gândire.
- În funcție de elementele de anamneză și examen obiectiv, se cer absolut *toate datele* considerate necesare pentru precizarea sau infirmarea diagnosticului, precum și pentru urmărirea evoluției și eficacității tratamentului, inclusiv analizele considerate *puțin probabil* de a fi efectuate.
- Se vor solicita:
 - Date generale ale bolnavului:
 1. Înălțime
 2. Greutate și curba greutății
 3. Temperatură și curbă febrilă
 4. Frecvență cardiacă și curba pulsului
 5. Tensiune arterială în evoluție
 6. Diureză și curba diurezei
 7. Tranzit intestinal pentru fecale și gaze
 8. Vărsături și alte produse patologice. După caz candidatul poate cere să i se arate o probă de produs patologic.
 - Investigații curente:
 1. Număr de hematii, hemoglobină, hematocrit
 2. Număr de leucocite, formulă leucocitară
 3. Număr de trombocite
 4. Vsh
 5. Fibrinogen, proteine totale, electroforeză
 6. ASLO, PCR
 7. Glicemie
 8. Lipide totale, colesterol
 9. Probe de disproteinemie
 10. Transaminaze
 11. Amilaze serice
 12. Uree, creatinină, acid uric
 13. Examen sumar de urină
 14. Ex coproparazitologic
 - Examen orl
 - Examen rectal
 - Examen genital
 - Examene serologice pentru lues
 - Ecg
 - Radiografie toracică
 - Dacă se impune tratament chirurgical, ts, tc, tq.

- Investigații specifice cazului necesare precizării diagnosticului pozitiv, formei clinice (etiologice, patogenice, morfologice, etc.) stadiului funcțional-evolutiv, precum și monitorizării pacientului.
 1. Se vor cere investigații biochimice, hematologice, serologice, virusologice, bacteriologice, parazitologice, histopatologice, radiologice, ecografice, endoscopice, radioizotopice, etc.
 2. Se începe cu investigațiile uzuale, care dau relații directe, apoi cu cele ajutătoare și în final cu cele de excepție.
- Investigații necesare pentru diagnosticul bolilor asociate și complicațiilor.
- Investigații necesare diagnosticului diferential.

Timpul de gândire

- Este deosebit de scurt (doar *20 de minute!*).
- Trebuie folosit numai pentru a nota *punctele esențiale* ale prezentării deoarece nu se poate scrie cât se poate vorbi în 20 de minute (aproximativ *8-10 pagini*).
- Diagnosticul formulat *poate să nu coincidă* cu cel al comisiei.
- Diagnosticul corect *nu este singurul element esențial*, contând mai mult modul cum este susținut, precum și formularea unor probleme de diagnostic diferentia, de interrelații patogenice și terapeutice, etc.
- Prezentarea de caz fiind o probă practică, orice considerații teoretice se pot face numai *legat de pacientul examinat* (nu se face diagnosticul diferentia și tratamentul bolii ci al bolnavului).
- Expunerea se concepe *în limitele unei scheme generale*, toate capitolele prezentării trebuind atinse, dar ele vor fi *dezvoltate diferențiat*, în funcție de elementele cazului și cunoștințele candidatului (etalarea inteligentă a acestora și trecerea rapidă peste aspectele mai puțin stăpânite favorizează candidatul).

Prezentarea propriu-zisă

- Această etapă începe prin înmânarea biletului pe care este scris *diagnosticul complet* al bolnavului examinat (vezi capitolul de diagnostic pozitiv).
- Prezentarea propriu-zisă a cazului trebuie să se încadreze *strict în 20 de minute*, expunerile mai lungi fiind întrerupte de comisie, iar cele scurte sunt considerate incomplete (din aceste motive se va consulta în permanență ceasul pentru adaptare la timpul rămas).
- Sunt necesare mai multe *exerciții* înaintea fiecărui concurs, analizând cazuri din diverse domenii de patologie.
- Prezentarea de caz *poate favoriza candidatul* dacă acesta se pricepe să-și pună în valoare cunoștințele și să evite cu abilitate aspectele mai puțin cunoscute (de exemplu: “nu insist asupra acestui element care este foarte clar”).
- Expunerea se face cu voce *tare, clar, simplu, sistematizat*, astfel încât să atragă atenția comisiei.
- Nu se fac afirmații *fără suport real* sau care nu sprijină concluziile formulate.
- Fiind o situație reală, candidatul se referă *la bolnav și nu la boală* și va folosi ton personal.
- Prezentarea trebuie să evedențieze *modul logic* în care candidatul se comportă și analizează un caz.

- Expunerea cuprinde un număr de *capitole obligatorii* de durată și *pondere variabilă* în funcție de natura cazului:
 - Date generale
 - Date clinice
 - Concluzie clinică
 - Diagnostic diferențial
 - Diagnostic pozitiv
 - Evoluție, complicații, prognostic
 - Tratament
 - Probleme specifice cazului.

- *Particularitățile cazului* pot fi abordate fie după formularea diagnosticului pozitiv, fie la sfârșit. Este preferabilă a doua modalitate, deoarece se pot face și considerații despre complicații, evoluție, prognostic și tratament. De asemenea, abordarea aspectelor particulare la sfârșitul expunerii permite o mai bună încadrare în timp (“în minutele care mi-au rămas la dispoziție voi căuta să mă refer la câteva elemente care individualizează cazul examinat”).

Date generale

- Inițialele subiectului examinat (niciodată numele întreg)
- Sex
- Vârstă
- Profesie actuală sau anterioară pensionării
- Dacă este cazul, se precizează dacă pensionarea s-a făcut din cauză de vârstă sau de boală (de ce, de când)
- Mediu de proveniență (urban, rural)
- Durata scursă de la internare.

Exemplu: “Onorată Comisie, am examinat bolnavul (bolnava) X.Z., de 68 ani, pensionar de vârstă, fost învățător, provenind din mediul urban, internat în urmă cu o săptămână”.

Date clinice

- **Motivele internării** se expun sistematizat, doar cele esențiale pentru diagnostic.
- **Istoricul bolii** (modalitatea de debut, evoluția ulterioară, până la episodul actual).
- **Antecedentele pacientului**, dar numai cele care au legătură cu diagnosticul și restul expunerii:
 1. Heredocolaterale
 2. Genetice, congenitale
 3. Fiziologice la femei
 4. Patologice
 5. Epidemiologice
 6. Mediu de viață și muncă, expunere la noxe și la toxice, abuzuri alimentare, de toxice (alcool, tutun, cafea) și medicamente.

- **Examenul fizic obiectiv** se prezintă pe aparate, conform standardului foi de observație.
 1. La cazurile complexe care se pretează la o discuție ulterioară amplă se expun doar elementele care susțin diagnosticul, specificându-se aceasta ("voi prezenta numai elementele patologice", sau, la sfârșit, "datele referitoare la celelalte aparate și sisteme sunt în limite normale").
 2. La cazurile simple, prezentarea poate fi amănunțită, ocupând 8-10 minute.
 3. În cadrul acestui capitol de date clinice se poate face, mai ales la cazurile complexe, **diagnosticul diferențial** al principalelor simptome sau semne

Concluzie clinică

- Pe baza aspectelor arătate până aici se face o sinteză, se ajunge la o concluzie clinică care poate fi:
 - Un simptom sau semn (de exemplu durere toracică, suflu cardiac, etc.)
 - Un sindrom (de exemplu sindromul ascito-edematos)
 - O boală (de exemplu ciroza hepatică).
- Ținând seamă de concluzia clinică se face o delimitare a principalelor probleme care vor fi discutate, de exemplu:
 - "În concluzie, am examinat un bolnav cu sindrom ascitic care pune problema etiologiei sale."
 - "Am examinat un bolnav cu diagnosticul de ciroză hepatică ținând seama de prezența hepatomegaliei ferme cu margine ascutită și a splenomegaliei. Trebuie stabilită etiologia, etapa evolutivă și starea funcțională a ficatului."
- Dacă pacientul are o patologie complexă, va trebui făcută o sistematizare a elementelor clinice, de exemplu:
 - "Am examinat un pacient cu suferință cardiacă veche, stenoza mitrală în fibrilație atrială, la care de două săptămâni a apărut o stare febrilă a cărei cauză trebuie cercetată."
 - "Am examinat un diabetic insulino-dependent depistat de 12 ani, cu o hepatopatie cronică, care de trei săptămâni prezintă o simptomatologie pulmonară care a determinat internarea. Prima problemă pe care o voi aborda este cea a suferinței pulmonare, urmând să analizeze apoi hepatopatia, starea evolutivă a diabeticului și interrelațiile dintre ele."

Diagnostic diferențial

- *Obiectivul* principal al primei părți a discuției este de a stabili diagnosticul complet al cazului prin tehnica diagnosticului diferențial, folosind investigațiile de laborator și paraclinice.
- Tendința de a înșirui rezultatele investigațiilor la sfârșitul expunerii elementelor clinice nu este recomandată deoarece nu aduce o *informație logică* (bolnavul este

supus acelor analize care pot aduce informații legate de precizarea sau infirmarea diagnosticului, stabilirea formei clinice, descoperirea unor complicații, urmărirea evoluției și eficacității tratamentului).

- Prezentarea diagnosticului diferențial după precizarea diagnosticului pozitiv este livreasă, creând impresia reproducerii unui capitol de tratat și nu corespunde logicii medicale elementare, în practică *diferențierea fiind cea care duce la stabilirea concluziei*.
- Pentru logica prezentării se recomandă să se pornească de la diagnosticele cele mai puțin probabile și să se sfârșească cu diagnosticul real și deci cu investigația diagnostică.
- Diagnosticul diferențial se face plecând de la *concluzia clinică*:
 - Atunci când concluzia clinică este un simptom sau semn (situație mai rară, de exemplu o durere abdominală de tip ulceros) se face diferențierea acestui element (în exemplu dat, durerea epigastrică) folosind pentru excludere argumente anamnestice, de examen fizic și paraclinic, etc.
 - Atunci când concluzia clinică este un sindrom, problema care se pune este de a stabili etiologia și apoi celelalte elemente ale diagnosticului complet.
 - Atunci când concluzia clinică este o boală, diagnosticul diferențial nu mai este necesar dar se discută alte probleme (spre exemplu, în cazul unei bolnave cu stenoză mitrală operată este ridicol să se mai facă diagnosticul diferențial al valvulopatiei, dar este necesară discutarea posibilității restenozării, a producerii operatorii a unei insuficiențe mitrale, a evolutivității procesului reumatismal, a complicării cu o endocardită bacteriană sau tromboembolie).
 - Atunci când concluzia clinică este un complex de boli se discută pe rând fiecare afecțiune diagnosticată, de regulă începând cu elementul acut iar apoi se fac corelații între diversele suferințe.
- Diagnosticul diferențial se poate face *referitor* la:
 - Bolile pentru care subiectul prezintă manifestări clinice și paraclinice, insistându-se pe bolile mai frecvente; se vor prezenta datele care susțin sau infirmă diagnosticul, legate de caz, stadiul afecțiunii, forma clinică, etc.
 - Bolile pentru care pacientul nu prezintă semne și simptome (“în această afecțiune se mai poate face teoretic diagnosticul diferențial cu...”)
 - Complicațiile și afecțiunile asociate (facultativ)
- *Discuțiile* prilejuate de diagnosticul diferențial depind de tabloul clinic, probele paraclinice, gândirea și cunoștințele candidatului, constituind o bună ocazie de etalare a cunoștințelor, a raționamentului și maturității profesionale a celui examinat; discuțiile nu trebuie limitate la niște aspecte elementare, simpliste, ci trebuie să evidențieze date moderne, interrelații etiologice, patogenice, etc., să demonstreze puterea de analiză și asociere a candidatului într-o situație reală, capacitatea lui de a sesiza cât mai multe elemente legate de caz.
- Urmarea firească a aceste etape este *formularea diagnosticului pozitiv*.

Diagnostic pozitiv

- Diagnosticul pozitiv se predă comisiei *în scris*.

- Se va folosi *cea mai scurtă formulare completă*, care va cuprinde obligatoriu:
- **Diagnosticul afecțiunii principale** (ca durată, gravitate, urgență, interes al comisiei, etc.) cu următoarele elemente:
 1. Entitate nosologică
 2. Formă anatomo-clinică, morfologică, localizare
 3. Formă acută, subacută, cronică
 4. Formă etiologică, patogenică
 5. Grad de evolutivitate/activitate, puseu, debut, stare, declin, convalescență
 6. Severitate, gravitate (formă ușoară, medie, gravă)
 7. Stadiu funcțional (compensat-decompensat)
 8. Complicații cu individualitate proprie
- **Diagnosticul afecțiunilor concomitente/asociate**, care pot fi banalități sau boli importante (se vor menționa toate, în ordinea importanței, respectând aceleași puncte).

Exemple:

- Bronșită cronică obstructivă acutizată. Insuficiență respiratorie cu disfuncție ventilatorie mixtă severă predominant obstructivă. Cord pulmonar cronic.
 - Hepatită acută virală posttransfuzională probabil de tip c, în perioada de stare.
 - Ciroză hepatică hepatitică (postvirală) activă, decompensată parenchimatous și vascular, complicată cu hemoragie digestivă superioară formă medie, exteriorizată prin melenă, instalată prin ruptură variceală.
 - Stenoză mitrală reumatică strânsă, în insuficiență cardiacă clasa iii-a funcțională (nyha), complicată cu fibrilație atrială permanentă cu ritm lent.
 - Litiază renală oxalică stângă, grup caliceal superior. Pielonefrită cronică uropatică colibacilară activă în stadiu de insuficiență renală cronică compensată prin retenție azotată fixă, complicată cu pionefroză stângă.
 - Pneumonie bazală dreaptă pneumococică, complicată cu meningită pneumococică. Etilism cronic.
- Toate afirmațiile făcute în diagnostic *se argumentează* pe baza unor criterii specifice, eventual a unor scoruri diagnostice (se face o recapitulare a datelor pe care se bazează fiecare element constituent al diagnosticului pozitiv).
 - În caz că unele din elementele necesare formulării complete *nu pot fi stabilite* din motive obiective, se poate menționa acest lucru, eventual precizându-se planul viitor de investigații.

Evoluție, complicații, prognostic

1. Evoluția naturală probabilă a cazului examinat (menționându-se elementele care sugerează această eventualitate) și evoluția bolii în general (scurte considerații teoretice).
2. Complicații:
 - Apărute

- Probabile ținând seama de argumente statistice, de natura agentului etiologic, de particularitățile bolnavului, (vârstă, stare de nutriție, boli asociate, etc.), precizând factorii predispozanți, declanșanți și semnele premonitorii
 - Posibile (din punct de vedere teoretic).
3. Prognostic, elemente favorabile/nefavorabile de prognostic:
- Vital, imediat (*quo ad vitam*):
 - Bun
 - Rezervat
 - Infaust.
 - Al stării de sănătate (*quo ad sanationem*), posibilitatea:
 - Vindecării (complete sau cu defect, sechele)
 - Cronicizării
 - Remisiunii
 - Recăderii
 - Recidivei.
 - Funcțional (*quo ad functionem*), posibilitatea:
 - Compensării
 - Decompensării.
 - Al capacității de muncă (*quo ad laborem*):
 - Reluarea activității (în cât timp)
 - Activitate cu orar redus, loc de muncă fără suprasolicitări fizice, schimbarea locului de muncă, reprofilare profesională, etc.
 - Pensionare de boală.
4. Șansele schimbării evoluției și prognosticului bolii prin acțiune terapeutică:
- Realizabilă aici și acum
 - Posibilă pe plan mondial (teoretic).

Tratament

- *Principiile* tratamentului sunt:
 - Instituire precoce
 - Eforturi susținute
 - Individualizare la caz (și nu teoretic), în funcție de:
 - Vârstă
 - Sex
 - Formă clinică

- Etapă evolutivă
 - Complicații
 - Afecțiuni asociate
 - Mijloace disponibile
 - Cooperarea pacientului.
- Tratamentul se face în *scop*:
 - Profilactic, de prevenire a bolii:
 - Primară (“afecțiunea ar fi fost prevenită dacă...”)
 - Secundară, a recidivelor bolii
 - Terțiară, de prevenire a complicațiilor.
 - Curativ
 - Radical
 - Paleativ.
- Tratamentul curativ se face pe *etape*:
 - La internare, ca primă urgență
 - În continuare, până la ieșirea din spital
 - După externare, până la vindecare/stabilizare.
- Tratamentul curativ are următoarele *obiective*:
 - Etiologic
 - Patogenic
 - Substitutiv
 - Simptomatic.
- *Mijloacele* terapeutice sunt:
 - Igienice:
 - Evitarea eforturilor fizice mari, repaus relativ, sau la pat, spitalizare
 - Evitarea suprasolicitărilor psiho-emoționale
 - Microclimat în spital, acasă, la locul de muncă (temperatură, umiditate, aerisire, luminozitate, etc.)
 - Îngrijirea bolnavului, nursing.
 - Dietetice:
 - Calorii
 - Glucide
 - Proteine
 - Lipide
 - Lichide

- Săruri minerale (Na⁺/NaCl, K⁺, Ca⁺⁺, Fe, etc.)
 - Vitamine
 - Alimente indicate/contraindicate
 - Moduri de preparare indicate/contraindicate
 - Numărul și orarul meselor.
- Medicamentoase:
 - Denumirea comună internațională, eventual preparatele comerciale
 - Acțiunea terapeutică pentru care au fost alese
 - Doza exprimată în grame sau miligrame
 - Ritmul și orarul administrării
 - Calea de administrare, de ce
 - Durata obișnuită, previzibilă, probabilă, a administrării
 - Reacții adverse, criterii de depistare, criterii de supraveghere, modalități de prevenire
 - Criterii clinice/paraclinice de apreciere a efectului terapeutic.
- Chirurgicale:
 - Indicații:
 - De urgență
 - De precipitare
 - Temporizare, urgență amânată, intervenție “la rece”.
 - Tipuri și tehnici operatorii
 - Risc operator (anestezic, chirurgical)
 - Îngrijiri postoperatorii.
- Balneofizioterapice:
 - Proceduri fizicale, tehnici de efectuat, doze
 - Stațiuni balneare indicate/contraindicate.
 - Alte mijloace terapeutice (acupunctură, imunoterapie, radioterapie, laserterapie, psihoterapie, etc.)
- Mijloacele terapeutice vor fi prezentate mai mult sau mai puțin *amănunțit în funcție de specialitate* (nutriție, boli interne, chirurgie, balneofizioterapie, psihiatrie, etc.)
 - Mijloacele terapeutice se vor prezenta pe *etape*.
 - După stabilirea schemei terapeutice a pacientului examinat se vor prezenta și *celelalte mijloace terapeutice* utilizabile în boala diagnosticată dar neindicate la caz deoarece:
 - Sunt contraindicate la bolnav
 - Au fost utilizate în trecut de bolnav fără efect sau au dat reacții adverse importante
 - Au preț de cost ridicat

- Sunt inaccesibile aici și acum
- Bolnavul nu cooperează sau refuză procedura terapeutică.
- La sfârșitul acestui capitol se vor preciza:
 - Criterii de eliberare din spital (de externare, de vindecare, de compensare):
 - Clinice (de exemplu dispariția febrei și artralgiilor în reumatismul articular acut, dispariția hepatocitolizei în hepatita acută virală)
 - Epidemiologice (contagiozitate în bolile transmisibile)
 - Convenționale (de exemplu 3 săptămâni în infarctul miocardic acut necomplicat).
 - Indicații la externare:
 - Igieno-dietetice
 - Tratament medicamentos, chirurgical, balnear, etc.
 - Reabilitare socio-profesională:
 - Reintegrare fără sau după concediul medical
 - Reprofilare
 - Pensionare.
 - Mod de dispensarizare:
 - Obiective:
 1. Urmărirea parametrilor clinici și paraclinici
 2. Supravegherea respectării schemei terapeutice
 3. Reajustarea tratamentului.
 - Durată și ritm
 - Parametrii clinici/paraclinici urmăriți
 - Cine supraveghează bolnavul.

Probleme specifice cazului

- Particularități, elemente neobișnuite sau mai rare:
 - Boală oligosimptomatică, simptome rare, atipice, etc.
 - Etiopatogenie
 - Vârsta
 - Sex
 - Evoluție
 - Complicații
 - Asociații morbide neobișnuite, agravante, sau influențează conduita terapeutică
 - Răspuns sau rezistență la tratament

- Dificultăți de diagnostic și tratament, limite, incertitudini, imprecizii ale candidatului (un fel de autocritică):
 - Cauze proprii cazului (particularități referitoare la teren, evoluție sau complicații neobișnuite)
 - Cauze legate de serviciul unde este îngrijit bolnavul (timp scurt de la internare, investigații insuficiente sau inaccesibile, etc.).
 - Importanța practică a acestor particularități și dificultăți (au sau nu relevanță pentru evoluția și tratamentul pacientului).