Note SOAP

Patient : [nom ou identifiant]

Date et heure :

Soignant : [nom, fonction]

Type de consultation : [première consultation, suivi, téléconsultation]

Source de l'anamnèse : [patient, proche, interprète]

Consentement à l'enregistrement : [seulement si la consultation ou la dictée a été enregistrée]

S : Subjectif

Motif de consultation : [avec les mots du patient]

Histoire du problème : [début, durée, intensité, ce qui soulage ou aggrave]

Antécédents : [médicaux, chirurgicaux, familiaux et sociaux, ceux qui comptent aujourd'hui]

Traitements : [tels que le patient dit les prendre]

Allergies : [substance et réaction]

Négatifs pertinents : [symptômes que le patient nie]

O : Objectif

Constantes :

Examen : [seulement les appareils que vous avez examinés]

Mesures et scores :

Résultats d'examens : [biologie, imagerie, autres examens, avec dates]

A : Évaluation

Problème 1 : [diagnostic ou hypothèse, évolution, raisonnement]

Problème 2 :

Aussi envisagé : [et pourquoi c'est moins probable]

P : Plan

Problème 1 : [examens, traitement, adressages]

Problème 2 :

Éducation du patient : [ce qui a été expliqué, comment cela a été compris]

Suivi : [quand, avec qui]

Signes d'alerte : [ce qui doit faire reconsulter plus tôt]

Signature

Signé : [nom, qualification, date et heure]