



**SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES**

- Médecin Colonel Khalifa Ababacar WADE  
Professeur Agrégé du Val de Grâce: Chef de service
- Assistants
- Urgentistes

**COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION**

**NOM : NIANG**

**PRENOM : MOR**

**DATE DE NAISSANCE : 26/03/1993**

**DATE D'ENTREE : 17/08/2023**

**NIUP: 2022036102**

Il s'agit d'un patient de 32 ans, sans antécédent pathologique particulier, admis dans notre service pour un traumatisme fermé de la cuisse gauche et d'un TCE survenu au décours d'un accident de la circulation le 17/08/2023 au niveau de la corniche à 00h20. En effet il s'agirait d'un cyclomoteur non casqué qui aurait glissé sur la chaussée avec réception sur la tête sans notion de perte de connaissance initiale ni de vomissement.

**Examens à l'admission :**

TA : 130/90, Pouls : 85 battements/min.

- bon état général
- conscience claire score de Glasgow 15/15
- Hématome frontale avec une plaie au niveau pariétale
- Tuméfaction de la cuisse gauche, orteils mobiles et les pouls distaux perçus

Le reste de l'examen était sans particularité.

**Examens complémentaires :**

**Scanner cérébral du 17/08/2023 :** scanner cérébrale normal en dehors d'un hématome du scalp pariétal gauche de 7mm de hauteur.

**Radiographie du bassin +fémur :** fracture 1/3 proximal du fémur gauche comminutive.

Dr Dalva TEKIO-AGBO  
Médecin Urgentiste





## RESUME D'HOSPITALISATION

Gaod Idriss GAAD  
Médecin Aspirant  
Forces Armées Senegalaises

Nom : NIANG

Prénoms : MOR

Sexe : M Age : 32ans

Date d'entrée : 17/08/2023 Date de sortie : 12/10/2023

Diagnostic : Fr Trochanter - diaphysaire du femur gauche

### INTERVENTION CHIRURGICALE

Date : 10/10/2023

Gestes :

Chirurgien : Dr RENE, Dr Hamidou, Dr Seck

### CONSIGNES A LA SORTIE

Pansements à faire : toutes les 72h à partir du 15/10/2023

Ablation des fils : 25 cicatrisations

Traitements médicamenteux : ATG, ATC, ATB

Consignes particulières :

Rééducation fonctionnelle :

Arrêt de travail : 90 jours

### PROCHAINE CONSULTATION

Date : dans 1 mois (à prendre chez la secrétaire)

Bilan à faire : Rx du femur gauche FIP

Chirurgien : Dr RENE

Gaod Idriss GAAD  
Médecin Aspirant  
Forces Armées Senegalaises





Tél. :33.839.50.50  
Fax :33.839.50.88  
BP:3006

# CERTIFICAT MEDICAL

Dr René André Macodou NDIAYE  
Médecin Colonel  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
Orthopédie - Traumatologie  
HPD

Je Soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour .....12/10/2023.....

Mme, Mlle, Mr.....MOR NIANG.....Matricule.....

Né(e) le ...../...../1991 à.....Profession.....

Qui dit.....et avoir constaté qu'il (elle) présente.....

1°) Description anatomique des lésions ou des séquelles :

.....Fracture Moenchterau - disphymie du fémur  
gauche.....

2°) Etat antérieur :.....

3°) Autres infirmités (préexistantes) :.....

En conséquence, j'estime, sauf complications ou modifications ultérieures de

L'état actuel que l'intéressé (e) doit bénéficier. ( \* ) .

Arrêt de travail de .....quatre vingt dix jours (90 jours).....

D'une prolongation d'arrêt de travail de :.....

Total de .....  
.....

Partielle permanent (I . P . P) :.....

Date de consolidation :.....ou guérison.....

Date de reprise de travail .....

En foi de quoi, le présent certificat Médical établi à la demande de Mme, Mlle, Mr.....MOR NIANG.....

.....Est remis en mains propres à mains propres à.....lui-même.....

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Dakar le.....12/10/2023.....

(\*)Rayez la mention inutile

Signature du Médecin  
Dr René André Macodou NDIAYE  
Médecin Colonel  
Spécialiste des Hôpitaux des Armées  
Orthopédie - Traumatologie  
HPD





# CERTIFICAT MEDICAL

Tél. : 33.839.50.50  
Fax : 33.839.50.88  
BP:3006

Je Soussigné(e) Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour 21-02-24.....

Mme, Mlle, Mr. Thiou Nienf..... Matricule. Reynormiste.....

Né(e) le 26 / 09 / 1991 à Dakar..... Profession.....

Qui dit..... et avoir constaté qu'il (elle) présente.....

## 1°) Description anatomique des lésions ou des séquelles :

Douleur cuisse gauche + hanche gauche sous forme d'une  
ostéosynthèse du fémur proximal gauche.....

## 2°) Etat antérieur :

## 3°) Autres infirmités (préexistantes) :

En conséquence, j'estime, sauf complications ou modifications ultérieures de

L'état actuel que l'intéressé (e) doit bénéficier. ( \* ).

Arrêt de travail de 03 mois.....

D'une prolongation d'arrêt de travail de :.....

Total de .....  
.....

Partielle permanent (I . P . P) :.....

Date de consolidation :.....ou guérison.....

Date de reprise de travail .....

En foi de quoi, le présent certificat Médical établi à la demande de Mme, Mlle, Mr.....

.....Est remis en mains propres à mains propres à.....

Pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Dakar le 21-02-24.....

(\*)Rayez la mention inutile

Signature du Médecin

