

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI



203056

2400310111

22/04/2024

Nom patient : **HAJJOU AHMED**

Prise en charge : **MUPRAS**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
BILAN BIOLOGIQUE	1.10	B 2000	2 000.00	2 200.00
POC : Ileocolectomie	1.10	B1090	1 090.00	1 199.00
Consultation de medecin spécialiste	1.00	CS URO	200.00	200.00
CHIRURGIE	120.00		25.00	3 000.00
ANESTHESIE	60.00		25.00	1 500.00
BLOC OP	120.00		25.00	3 000.00
PHARMACIE BLOC	120.00		15.00	1 800.00
Scanner abdomino-pelvien	1.00	K	1 500.00	1 500.00
Surveillance en reanimation	2.00		1 250.00	2 500.00
Consultation pre-anesthesique	1.00	K	200.00	200.00
RADIOGRAPHIE DU THORAX DE PROFIL	1.00		160.00	160.00
Journee d'hospitalisation en reanimation	2.00		1 500.00	3 000.00
Journee d'hospitalisation en soins intensifs	1.00		1 000.00	1 000.00
Surveillance en soins intensifs	1.00	K	400.00	400.00
Consultation de medecin spécialiste	1.00	CS CARD	200.00	200.00
Echographie trans-thoracique (echographie-doppler cardiaque)	1.00	ETT	800.00	800.00
Journee d'hospitalisation de medecine	4.00		550.00	2 200.00
			Sous-Total	24 859.00
PHARMACIE (en sus)	1.00		2 437.50	2 437.50
PHARMACIE (médicaments)	1.00		1 733.35	1 733.35
			Sous-Total	4 170.85
Total Frais Clinique				29 029.85

Arrêtée le présent devis à la somme de :	
VINGT-NEUF MILLE VINGT-NEUF DIRHAMS QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES	Total 29 029.85

NB: Les informations figurant sur ce devis, notamment les informations relatives au coût des prestations, sont fournies uniquement à titre indicatif et ne prennent pas en compte l'évolution de votre état de santé ni des prestations supplémentaires non prévues dont vous pourriez avoir besoin. Vous devrez donc envisager la possibilité de constater un écart entre votre facture finale et le présent devis. Nous nous engageons toutefois à vous fournir la meilleure estimation possible en fonction des données communiquées par vous-même ou votre médecin responsable. Notre service de facturation est à votre disposition pour toute information complémentaire.





COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom :HAJJOU	Médecin Traitant : PR GHADDOU YOUSSEF
Prénom : AHMED	Service d'Hospitalisation :
Age : 80 ans	IPP du Patient : 240422112100S.
Sexe :M	NDA Séjour :
Date et heure d'Intervention 22/04/2024	

INTERVENANTS :

Pr GHADDOU

Pr BEKKALI

INTERVENTION : Cure d'une hernie inguinale gauche étranglée par Bassini

Résection grelique segmentaire avec anastomose grelo-grelque latéro-latérale à la pince mécanique

CRO :

Patient en DD, sous AG , IOT,SNG, SU

Incision inguinale gauche, ouverture de l'aponévrose du grand oblique

Exploration : présence d'une hernie inguinale gauche étranglée à contenu grelique nécrosé après ouverture du sac herniaire

Contrôle vasculaire puis résection grelique segmentaire d'environ 15 cm emportant la zone nécrosée

Réalisation d'une anastomose anastomose grelo-grelque latéro-latérale à la pince mécanique

Péritonisation

Résection du sac herniaire

Abaissement du tendon conjoint et sa fixation sur l'arcade crurale selon Bassini

Fermeture de l'aponévrose du grand oblique

Fermeture cutanée

SIGNATURE :



Rapport Médical d'Hospitalisation

Nom et prénom: HAJJOU AHMED		
Date de naissance: 15/03/1944	CIN: B8069	Sexe: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>
Adresse: AZILAL		

Établissement:	
Date d'entrée 22/04/2024	Date de sortie 29/04/2024
Type D'admission: <input type="checkbox"/> Hospitalisation programmée Médicale <input type="checkbox"/> Chirurgicale <input checked="" type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/>	Service(s) d'hospitalisation: Nombre de jours Médecine <input type="checkbox"/> DE : DS: Chirurgie: <input checked="" type="checkbox"/> DE : 22/04/2024. DS: 29/04/2024. Réanimation <input type="checkbox"/> DE : DS: Chambre stérile <input type="checkbox"/> DE: DS:
Organismes Gestionnaires: PAYANT	

Motif d'hospitalisation: Vomissement qui remonte a une semaine avant sont admission

Antécédents et facteurs de risque:

- Parkinson depuis 05 ans sous Madopar 1 cpx4/j + Rampirole 1 cp/j + Melatonine 2 gélules/j . HTA sous ARA II (Aprovel 1 cp/j)
- Hypertrophie de la prostate sous Contiflo 1 cp/j
- Cholécystectomie il y a 30 ans

Résultats des bilans et examens complémentaires:

TDM: En faveur d'une occlusion grêlique secondaire a une strangulation d'une hernie inguino-scrotale gauche

Diagnostic: Occlusion grêlique sur hernie inguino scrotale



Date de l'intervention: 22/04/2024

☐ **Libellé et nature de l'acte:** Résection grelique segmentaire + anastomose grelogrelique laterolaterale à la pince mécanique + Cure d'hernie inguinale étranglée par BASSINI

☐ **Compte-rendu opératoire:** ci-joint

☐ **Suites opératoires:**

J1: Patient stable sur le plan HD et respiratoire abdomen souple, pas de reprise du transit. (patient en réanimation)

J3 Patient transféré en TC1 stable sur le plan HD abdomen souple reprise des gaz.

J4: Patient stable sur le plan HD abdomen souple, Reprise des selles.

J5: Début de la Tisane patient toujours stable sur le plan HD avec abdomen souple

J7: bonne évolution

Traitement de sortie: Ordonnance

Date: 29/04/2024

Signature : PR GHADDOU YOUSSEF



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom :HAJJOU	Médecin Traitant :DR AGRAD KHALID
Prénom : AHMED	Service d'Hospitalisation : reanimation
Age : 80 ans	IPP du Patient : 240422112100S.
Sexe :	NDA Séjour :
DATE D ENTREE : 22/04/24	DATE DE SORTIE : 24/04/24

Patient age de 80 ans, admis en reanimation pour surveillance post-operatoire d'une occlusion sur hernie inguinale étranglée sur un terrain d'insufisance rénale aigue

ATCD:

- HTA sous APROVEL 300mg/j
- Maladie de Parkinson sous Rampirol 1cp/j le matin + Madopar 250 1cp x4/j +Melatonine 2 gel/j
- +Alpraz 0.5mg (de façon irrégulière)
- HBP sous contiflo 1cp/j
- Cholécystectomisé il y a 40 ans

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr Assistant AGRAD Khalid
Anesthésie - Réanimation
052224700

HDM:

Remonte à 1sem par la presence de vomissements à raison de plusieurs fois /j apres prise d'ATB pour infection urinaire

Examen à l'admission:

Sur le plan général: Apyretique, Dextro 1.2 g/l, patient déshydraté avec pli de deshydratation, langue sèche, patient raporte une oligurie + vomissements

Sur le plan abdominal: abdomen sensible distendu présence d'une hernie inguinale gauche etrangle non réductible et non impulsive à la toux, persistante depuis plusieurs jours d'apres la famille du patient

Sur le plan neurologique: patient conscient GCS15/15

Sur le plan HD: TA 110/70 FC 80bpm Auscultation CV normale ECG RRS à 100bpm pas de trouble de repolarisation ni de conduction

Sur le plan respiratoire: legerement polypneique SpO2 99% à l'AA auscultation PP normale

Bilan pré-Opératoire montre

Hb 15 PQT 185'000 GB 9'600 TP 100%



Urée 2.15 Créatinine 36 Hyperkaliémie à 5.5 RA 18 Na⁺ 132
CRP 62

Patient admis en urgence au bloc opératoire:

- >Préparation par remplissage vasculaire 1L de SS en flash devant les signes d'hypovolémie constatés à l'échographie HD (ITV sous aortique 15, VCI à 12),+ serum bicarbonaté 14% 250ml pour l'hyperkaliémie
- >Prise de 2 VVP, sonde vésicale, pré-oxygenation,
- >Induction anesthésique : Crush induction pour estomac plein, SNG
- > En peropératoire, stabilité HD sous 3L de SS + 500ml de bicarbonaté
- > Résection de l'anse grêle étranglée qui était nécrosée et anastomose termino-terminale (voir CR opératoire)
- > Diurèse totale peropératoire 600ml
- > Extubation en salle opératoire après réveil complet

Patient admis en réanimation en post opératoire pour complément de prise en charge

PRISE EN CHARGE:

- *G5% 500ml/8h, pour 500cc: 2g NaCl + 1amp Ca²⁺ dans la 1ere poche
- *SS 9% 500ml/8h
- *ATB: Triaxon 2g/24h + Flagyl 500mg/8h
- *Andol 1g/6h
- *Acupan 4 amp /50 v2
- *Lovenox 0.2ml/24h à H6 post-op (clairance créatinine=18)
- *SNG en aspiration douce -25cmH2O
- *Surveillance: TA, FC, Spo2
Diurèse horaire
- SI TA > 18/10 DONNER 1MG NICARDIPINE EN IV
- *Reprise du TTT anti parkinsonien habituel apres arret de l'aspiration naso gastrique

EVOLUTION:

j1 post opératoire

- Patient conscinet bien oriente . pas de deficit .
- Calme non algique
- Stable sur le plan hd et respiratoire .
- Abdomen souple . sensible ai niveau de la cicatrice opératoire . pas bha . pas de reprise de transit .
- Ablation de la sonde gastrique ce jour .



Alimentation non autorise .

Au bilan: Insuff renale U 1.49 Creat 18.9

Na 139 K 3.5 prot 45

CAT:

Rehydratation et surveiller la diurese

Continuer l'analgésie

J2 post opératoire:

Patient conscient

Etat hemodynamique stable

Abdomen souple légèrement sensible

pas de reprise de transit

Bonne amélioration clinico biologique

bilan ce jour :

Uree 0.63 vs 1.49 Creat 9.1 vs 18.9 Na 139 vs 139 K 3.5 vs 4.1

Patient transféré ce jour en hospitalisation chirurgicale

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Anesthésie et Réanimation
Anesthésie-Réanimation
09 22 22 22 22
09 79 79 79 79



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

IDENTIFICATION DU PATIENT	INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR
Nom :HAJJOU	Médecin Traitant :PR BENIAZ FATIMA ZAHRA
Prénom : AHMED	Service d'Hospitalisation : USIP
Age : 80 ans	IPP du Patient : 240422112100S.
Sexe :	NDA Séjour :
DATE D ENTREE : 24/04/24	DATE DE SORTIE : 25/04/24

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur BENIAZ Fatima Zahra
Professeur - Assistanat Médecine d'Urgence
091145767

Motif d'hospitalisation:

Surveillance post op d occlusion sur hernie inguinale étranglé avec souffrance + nécrose sur terrain d IR

ANTECEDENTS:

- parkinson sous modapar
- HTA
- HBP
- cholecystectomie

HISTOIRE DE LA MALADIE

remonte a 1 semaine par des vomissement a repetition, plusieurs fois /j sans trouble de transit ni hematemese ni sd obstructif

EXAMEN A L ADMISSION CLINIQUE

Sur le plan général: Apyretique, Dextro 1.2 g/l, patient déshydraté avec pli de deshydratation, langue sèche, patient raporte une oligurie + vomissements

Sur le plan abdominal: abdomen sensible distendu présence d'une hernie inguinale gauche etrangle non réductible et non impulsive à la toux, persistante depuis plusieurs jours d'apres la famille du patient

Sur le plan neurologique: patient conscient GCS15/15

Sur le plan HD: TA 110/70 FC 80bpm Auscultation CV normale ECG RRS à 100bpm pas de trouble de repolarisation ni de conduction

Sur le plan respiratoire: legerement polypneique SpO2 99% à l'AA auscultation PP normale



BILAN BIO :

Hb 15 PQT 185'000 GB 9'600 TP 100%
Urée 2.15 Créatinine 36 Hyperkaliémie à 5.5 RA 18 Na+ 132
CRP 62

CAT initiale :

- *G5% 500ml/8h, pour 500cc: 2g NaCl + 1amp Ca²⁺ dans la 1ere poche
- *SS 9% 500ml/8h
- *ATB: Triaxon 2g/24h + Flagyl 500mg/8h
- *Andol 1g/6h
- *Acupan 4 amp /50 v2
- *Lovenox 0.2ml/24h à H6 post-op (clairance créatinine=18)
- *SNG en aspiration douce -25cmH2O
- *Surveillance: TA, FC, Spo2
Diurèse horaire
- SI TA > 18/10 DONNER 1MG NICARDIPINE EN IV
- *Reprise du TTT anti parkinsonien habituel apres arret de l'aspiration naso gastrique
- Bilan à faire demain matin: NFS, ionogramme sanguin, urée +creatinine
GDS à l'arrivée dans le service

EVOLUTION:

22/04/24

Patient admis en urgence au bloc operatoire

- Préparation par remplissage vasculaire 1L de SS en flash devant les signes d'hypovolémie constatés à l'échograph/ie HD (ITV sous aortique 15, VCI à 12),+ serum bicarbonaté 14% 250ml pour l'hyperkaliémie
- Prise de 2 VVP, sonde vésicale, pré-oxygenation,
- Induction anesthésique : Crush induction pour estomac plein, SNG
- En peroperatoire, stabilité HD sous 3L de SS + 500ml de bicarbonaté
- Résection de l'anse grêle étranglée qui était nécrosée et anastomose termino-terminale (voir CR opératoire)
- Diurèse totale peroperatoire 600ml
- Extubation en salle opératoire apres réveil complet

Patient admis en réanimation en post opératoire pour complement de prise en charge

23/04/24

J1 POST OPERATOIRE D UNE HERNIE INGUINALE ETRANGLE AVEC SOUFFRANCE GRELIQUE (NECROSE)

RESECTION ANASTOMOSE TERMINO TERMINALE

CE JOUR PATIENT CONSCINET BIEN ORIENTE . PAS DE DEFICIT . CALME NON ALGIQUE
STABLE SUR LE PLAN HD ET RESPIRATOIRE .

ABDOMEN SOUPLE . SENSIBLE AI NIVEAU DE LA CICATRICE OPERATOIRE . PAS BHA . PAS DE REPRISE DE TRANSIT



. SNG ABLATION CE JOUR AVEC L'ACCORDS DU CHX . L'ALIMENTATION NON AUTORISE . PAR CONTRE PEUT
PRENDRE SON TT MEDICALE AVEC GORGE D'EAU .
APYRETIQUE .

24/04/24

Patient conscient, BOTE, pas de DSM
sur le plan hemodynamique stable: FC 99bpm et TA 135/67
sur le plan respiratoire: FR 12 SpO2 98% à l'AA
Abdomen souple legerement sensible
pas de reprise de transit

Bonne amelioration clinico biologique

bilan ce jour :

Hb 12.4 GB 8240 PQT 211 000

CRP 173.2

Uree 0.63 Creat 9.1 vs 18.9 Na 139 vs 139 K 3.5 vs 4.1

ASAT/ALAT23/19

ECBU en cours

avis cardio +ett : Pas de signes d'insuffisance cardiaque. Pas de signes de thrombose veineuse profonde, les
pouls périphériques sont bien perçus et symétriques

Auscultation cardiaque : rythme régulier, pas de souffle audible. Pas de râles crépitant

ECG : Rythme régulier sinusal avec fréquence cardiaque moyenne à 105cpm, pas de signes d'hypertrophie
cavitaire, pas de troubles de la repolarisation

ETT : Echocardiographie sans anomalie, avec bonne fonction systolique du VG, FEVG à 60%, pas de valvulopathie
significative (IM minime), bonne fonction du VD, péricarde sec.

CAT :

Garder le TTT habituel aprovel 300 mg 1cp/j

25/04/24

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur BENIAZ Fatima Zahra
Professeur Associations Médecine d'Urgence
091 457 0000

Patient stable sur tous les plans

Transfert ce jour en chambre

Admis en USIP par manque de place



**HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI**

Nom du patient: HAJJOU AHMED	Date d'étude: 26/04/2024 20:25:00
Procedure: Radiographie du thorax	

Radiographie thoracique (F/P) au lit

Résultats :

- Absence de foyer parenchymateux de type évolutif notable.
- Silhouette cardiomédiastinale normale.
- Culs de sac pleuraux libres.

En vous remerciant de votre confiance :

Signé : Dr. DEHBI S.

Médecin Radiologue
INPE : 101303700



Bouskoura, le 23/04/2024

ÉCHOCARDIOGRAPHIE TRANS-THORACIQUE

Nom du patient : HAJJOU AHMED SC : 2

Indication : HTA, J1 post op d'une hernie étranglée

Patient eupnéique, TA 130/60 mmHg FC à 90 cpm

VGD	VGS	PPD	SD	FE
45 mm	mm	10 mm	9 mm	60 %

- VG non dilaté, non hypertrophié, de bonne fonction systolique globale et segmentaire
- FE VG= 60% (SB), pas de signe de CPA
- Pressions de remplissage du VG sont normales.
- VD non dilaté, de fonction systolique normale TAPSE = 21 mm S' = 12 m/s
- Oreillette gauche non dilatée libre d'echo. SOG = 16 cm²
- Oreillette droite non dilatée libre d'echo. SOD = 13 cm²
- Valve mitrale fine avec fuite minime sans sténose
- Sigmoïdes aortiques au nombre de 3, d'échostructure normale. Pas de fuite ni sténose.
Vmax = 1.26 cm/s ITV sous aortique = 18 cm
- IT minime estimant la PAPS à 25+5mmHg, voie pulmonaire libre
- VCI fine COMPLIANTE.
- Péricarde sec.
- Aorte ascendante non dilatée à 32 mm

AU TOTAL :

- ❖ Bonne fonction systolique biventriculaire, FEVG à 60%
- ❖ Oreillettes non dilatées
- ❖ IM minime
- ❖ Les pressions de remplissage sont normales ce jour
- ❖ Pas d'HTP
- ❖ Péricarde sec

Dr. KHAY Khadija
Cardiologue

Signé: DR KHAY KHADIJA



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

Nom du patient: HAJJOU AHMED
Type d'examen: Scanner abdomino-pelvien
Médecin traitant:

Date: 22/04/2024

:

INDICATION : syndrome sub-occlusif.

TECHNIQUE : Examen réalisé en acquisition hélicoïdale sur l'abdomen sans injection de PDC iodé.

RÉSULTATS :

- Hernie inguino-scrotale gauche contenant l'iléon terminal et l'épiploon avec un collet mesuré à 23 mm associé infiltration du sac de hernie, à paroi fine et un niveau hydro-aérique, responsable d'une distension des anses iléales en amont à 36 mm de diamètre maximal avec aspect plat de la dernière anse iléale jusqu'à son aboutissement caecal.
- Absence d'épaississement pariétal.
- Absence de pneumatose pariétale.
- Aspect plat recto colique
- Foie de taille et de morphologie normale, siège d'un granulome calcifié du segment V.
- Rein gauche réduit de taille siège d'une formation kystique polaire inférieure mesurée à 42 x 29 mm.
- Pas de dilatation des voies biliaire intra-ou extra hépatiques.
- Pas d'anomalie pancréatique, rénale droite, surrénalienne et splénique.
- Pas d'adénomégalie rétro-péritonéale ou coelio-mésentérique significative.
- Aorte de calibre normal et régulier, sans portion anévrysmale.
- Pas d'épanchement intra-péritonéal.
- Vessie en semi réplétion.
- Hypertrophie prostatique à 38 ml.
- Pas d'anomalie des bases pulmonaires.
- Pas de lésion osseuse d'allure suspecte.

CONCLUSION :

Aspect TDM en faveur d'une occlusion grélique secondaire strangulation d'une hernie inguino-scrotale gauche sans signe de souffrance digestive (dans les limites d'un examen réalisé sans injection de produit de contraste).

Signé : Pr BENSLIMA – Dr EL HATTAB

Pr BENSLIMA
Radiologie
0912257333

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HAJJOU AHMED	N° Facture 26 972	2400310111
----------------------------	-------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20 MG SOLUTION IN 20MG INJECTA (0	12	6.34	76.08
ANDOL 1G INJECTABLE BOIT 1G INJECTA (01)	0	18.80	0.00
ATROPINE PROMOPHARM 1 1 MG INJECTA (100	1	1.78	1.78
CHLORURE DE SODIUM 0, 250 INJECTA (01)	6	13.10	78.60
CHLORURE DE SODIUM 0,9% 0,9%Po500 INJEC	21	12.80	268.80
CHLORURE DE SODIUM 10% S 0,1 INJECTA (10	-3	2.80	-8.40
CLOPRAME 10 MG/2ML SOLUT 10MG/2ML INJECT	4	1.39	5.56
EXOMUC 200MG GRANULÉS SACHET (30)	1	24.90	24.90
FLAGYL 500 MG, OVULE OVULE (10)	1	2.26	2.26
GLUCONATE DE CALCIUM PRO 0,1 INJECTA (50	3	3.63	10.89
GLUCOSE 5% SOLUTION POUR 5%Po500ml INJEC	9	12.00	108.00
METRONIDAZOLE 500MG NORMON INJECTA (50)	4	13.60	54.40
METRONIDAZOLE COOPER 500MG INJECTA (25	4	22.40	89.60
MIDAZOLAM AGUETTANT 5 MG 5MG INJECTA (10	1	7.87	7.87
NOVEX 2000UI ANTI XA/ INJECTA (02)	0	20.60	0.00
NOVEX 4000 UI ANTIXA/ INJECTA (02)	1	41.25	41.25
PARACETAMOL 1 G INJEC INJECTA (01)	8	15.02	120.16
SEVOFLURANE LIQUIDE P INJECTA (10)	2	128.00	256.00
TRIAXON 1G/10ML IV, S 1G/10ML INJECTA (0	5	66.80	334.00
TRICEF 1G/10ML INJECT INJECTA (01)	4	65.40	261.60
Sous-Total médicaments			1 733.35
Total pharmacie			1 733.35


 090063728
PRISE EN CHARGE
 Hôpital Universitaire International Mohammed VI

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : HAJJOU AHMED	N° Facture 26 972	2400310111
----------------------------	-------------------	------------

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
RECHARGE GIA 80-48MM	3	812.50	2 437.50
Sous-Total consommable médical			2 437.50
	Total pharmacie		2 437.50

090063728
PRISE EN CHARGE
Hôpital Universitaire International Mohammed VI