

Fiche pratique – Conseils d’optimisation pour les modèles avec CoeurWay - Ajout de prompts

MEDFAR



1224 Rue Stanley, Suite 200, Montréal, QC, H3B 2S7



info@medfarsolutions.com



+1 (855) 633-3271



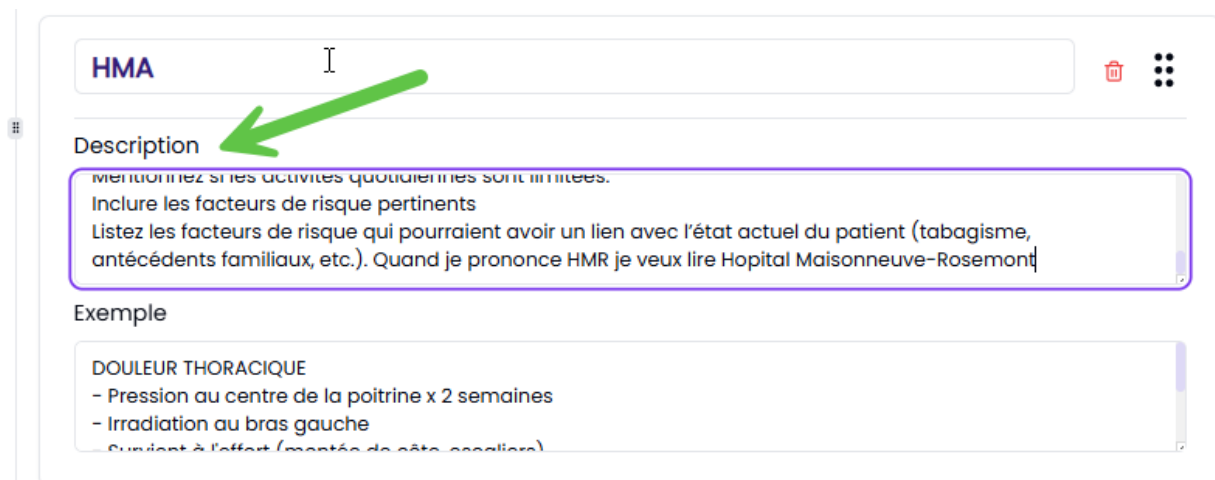
medfar.com

Le créateur de modèles dans CoeurWay

Le créateur de modèle intégré à l'outil CoeurWay se positionne comme un élément clé pour garantir la pertinence et la qualité du rendu final de vos notes. Conçu pour s'adapter aux besoins spécifiques de chaque contexte de consultation ou de génération de rapport, il permet d'obtenir un document qui reflète fidèlement vos attentes et vos contraintes. De plus, la création d'un modèle améliore grandement la cohérence et la clarté du rendu final, tandis que **l'ajout de prompts précis vient réduire significativement le nombre de correctifs nécessaires dans la version finale de la note.**

Lorsque vous êtes en mode édition d'un modèle de note, le champ **Description** sert à donner des instructions claires (prompts) à l'IA pour rédiger automatiquement une partie précise d'une note ou d'un rapport médical. Il vous permet de :

- Définir la structure de la note selon vos habitudes cliniques.
- Ajouter des règles conditionnelles (ex. : « Si je mentionne X, alors fais Y »).
- Indiquer l'objectif de la section (ex. : résumé, plan, justification).



The screenshot shows the CoeurWay model editor interface. At the top, there is a header bar with the text "HMA" and a cursor icon. Below this, there is a section labeled "Description" with a green arrow pointing to it. The "Description" field contains the following text: "Mentionnez si les activités quotidiennes sont limitées. Inclure les facteurs de risque pertinents. Listez les facteurs de risque qui pourraient avoir un lien avec l'état actuel du patient (tabagisme, antécédents familiaux, etc.). Quand je prononce HMR je veux lire Hopital Maisonneuve-Rosemont". Below the "Description" field, there is a section labeled "Exemple" which contains the following text: "DOULEUR THORACIQUE", "- Pression au centre de la poitrine x 2 semaines", "- Irradiation au bras gauche", and "- Survient à l'effort (montée de côte escaliers)".

Structure recommandée d'un bon prompt avec exemples

1. Clair et direct

Prompt : « Inscris tous les résultats de laboratoire mentionnés, avec le nom du test, la valeur et les unités. »

→ Court, précis, l'IA n'a pas d'ambiguïté.

2. Contextualisé

Prompt : « En cardiologie, pour une consultation de suivi d'hypertension, présente la tension artérielle avec position du patient et compare-la à la dernière visite. »

→ Le contexte (spécialité + type de suivi) guide la forme de la réponse.

3. Comportemental (si... alors)

Prompt : « Si un résultat de laboratoire est en dehors des valeurs de référence, alors indique-le et ajoute une phrase d'interprétation clinique. »

→ Règle conditionnelle explicite, comportement attendu clair.

4. Orienté sur le résultat attendu

Prompt : « Génère un résumé synthétique de trois lignes qui inclut la plainte principale, un fait objectif clé (examen ou laboratoire) et le plan décidé. »

→ Résultat attendu bien défini (forme + contenu).

Modèle général de prompt :

Exemples de formulation efficace pour contexte précis

Variables de laboratoire, valeur et interprétation

Inclure explicitement pour chaque paramètre de laboratoire: nom complet, valeur chiffrée avec unités SI, intervalle de référence si mentionné, date/heure du prélèvement, et mon interprétation clinique en une phrase (p. ex. « ferritine 18 µg/L, bas, compatible avec carence martiale »). Ne jamais résumer en « normal/anormal » seulement.

Médication complète et changements

Lister pour chaque médicament: nom générique, dose, forme, voie, fréquence, indication, date de début/fin, observance, effets indésirables, et tout changement décidé aujourd'hui avec justification. Indiquer aussi allergies et réactions. S'il manque une dimension, demander un rappel.

Vitals et mesures avec unités

Documenter TA (position, bras), FC, FR, T°, SpO₂, taille, poids, IMC, tour de taille; préciser unités et contexte (assis/couché). Signaler valeurs critiques et tendance si série disponible.

Histoire de la maladie structurée

Reformuler HPI avec mode d'apparition, facteurs aggravants/soulageants, symptômes associés, contextes (profession, grossesse, voyage), essais de

traitement et réponse, et impact fonctionnel.

Examen physique par systèmes

« Documente l'examen physique par systèmes en indiquant les constatations positives et négatives pertinentes. Inclut les manœuvres cliniques spécifiques utilisées (p. ex. signe de Murphy, Ottawa ankle rules) ainsi que les gradations standardisées (p. ex. force musculaire 4/5). Évite d'utiliser le terme "normal" seul sans précision. »

Plan d'investigation traçable

Pour chaque test/imagerie, préciser indication clinique, priorité, lieu si connu, consentement/explications données, et lien avec hypothèses. Inclure codes/termes normalisés si disponibles (ICD-10-CA/CCI/SNOMED CT).

Plan thérapeutique et suivi

Décrire traitements (pharmaco/non-pharmaco), objectifs, paramètres de sécurité/monitoring, enseignements remis, et critères de réévaluation d'urgence. Documenter la date/lieu du suivi et qui le fera.

Instructions au patient (teach-back)

Résumer en style « J'ai expliqué que... » + « Le patient a reformulé... »; consigner documents remis (dépliants, liens), préférences du patient et barrières anticipées.

Consentement et confidentialité

Noter le type de consentement (impliqué/explicite), la finalité (collecte, usage, divulgation), la discussion des risques/bénéfices/alternatives et toute restriction demandée par le patient conformément à PHIPA/PIPEDA.

Coordination des soins et consultations

Indiquer spécialistes/contactés, mode de communication (eConsult,

téléphone, lettre), résumé de la question clinique, informations transmises et accord du patient.

Contexte légal et exigences minimales du dossier

Vérifier que la note inclut: identifiants du patient (nom, DOB, HCN si applicable), date/heure de la rencontre, identifiant du clinicien et du lieu, et mise à jour du « CPP/summary » quand nécessaire.

Social/risques et déterminants de la santé

Capturer tabac, alcool, substances, logement, sécurité alimentaire, emploi, soutien social, accès au transport; préciser si pertinents à la plainte et aux choix thérapeutiques.

Langue et interprète

Documenter langue de préférence, utilisation d'un interprète (nom/ID/plateforme), ou présence d'un accompagnant, et impact sur le consentement et la compréhension.

Téléconsultation

Mentionner modalité (téléphone/visio), qualité de la connexion, limitations de l'examen, mesures d'identification du patient, emplacement de chacun et consentement spécifique à la télémédecine.

Grossesse, pédiatrie et dosages

Si enceinte/allaitement ou patient pédiatrique: consigner GA/obstétrique pertinente, poids actualisé (kg) et calculs de dose mg/kg, avec sources de référence si citées.

Sécurité et rétention des dossiers

Confirmer que tout échange de documents/notes s'effectue de manière

sécurisée; noter toute demande d'accès/correction du dossier et les actions;
respecter les règles de transfert/rétention

Scores et règles de décision

Inclure nom du score (p. ex. Wells, CHA₂DS₂-VASc), variables clés, résultat numérique et implication clinique (« Wells 5 = probabilité modérée → D-dimer/CT »).

Résumé clinique en 3 lignes

Terminer par « En résumé: » 1) problème/situation, 2) preuves clés (symptômes, exam, labs avec chiffres), 3) décision/plan et suivi. Optimisé pour relecture rapide et continuité des soins.

Humeur et affect

Documente de façon distincte l'humeur rapportée par le patient (p. ex. triste, anxieux, irritable) et l'affect observé par le clinicien (p. ex. congruent, plat, labile). Évite de résumer par un seul adjectif vague comme "normal".

Sommeil, appétit et énergie

Inclue dans la note des éléments sur le sommeil, l'appétit et le niveau d'énergie, même si rapportés comme stables, car ces variables sont essentielles pour le suivi longitudinal en santé mentale.

Fonctionnement social et occupationnel

Décris le fonctionnement global du patient (travail, études, relations, autonomie), en mentionnant tout changement récent. Ces détails doivent apparaître même s'ils semblent secondaires dans la conversation.

Adhérence et effets secondaires

Note pour chaque traitement psychotrope : observance médicamenteuse, effets secondaires subjectifs, et perception d'efficacité. Si le patient a arrêté ou modifié la dose de lui-même, inscrit-le clairement.

Liste complète des problèmes actifs

Génère une liste structurée de tous les problèmes de santé actifs abordés durant la consultation, même si secondaire ou stable. Pour chaque problème, indique brièvement l'évolution, le traitement actuel et toute décision ou changement pris aujourd'hui.

Médication, interactions et adhérence

Documente l'ensemble des médicaments (ordonnés, en vente libre, naturels), avec dose, fréquence, indication, observance et effets secondaires. Inclut les changements récents, les ajustements faits lors de la consultation et toute interaction ou contre-indication discutée.

Fonctionnalité et déterminants gériatriques

Intègre systématiquement des éléments de fonctionnement (AVQ, AIVQ, mobilité, cognition, chutes, continence, nutrition, soutien social). Mentionne tout changement depuis la dernière visite et son impact sur la prise en charge globale.