

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

Cahier de stage

Cycle gradué Médecine

5ème année

**Appareil locomoteur, Gynécologie-Obstétrique,
Pédiatrie, Psychiatrie**

Année : 20.... / 20....

Nom :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :.....

Numéro d'inscription :.....

APPAREIL LOCOMOTEUR

Période : du Au.....

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

STAGE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION			
Activité	A observé	A réalisé	Validation
Assister à une consultation de MPR	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à la visite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Interroger un patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
EXAMINER			
Bilan articulaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Bilan musculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à une séance de rééducation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à des soins d'escarres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Validé par : Date et Signature

RHUMATOLOGIE

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

STAGE DE RHUMATOLOGIE			
Activité			
	A observé	A réalisé	Validation
Assister à une consultation de Rhumatologie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à la visite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence			
Interroger un malade	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Analyser la marche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Décrire les anomalies statiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examiner le rachis et rechercher un syndrome rachidien	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Reproduire les manœuvres explorant les sacro-iliaques : écartement, rapprochement, trépid, Mennel.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Reconnaître les déformations des articulations périphériques, flessum, attitude vicieuse...	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Reconnaître par l'inspection et la palpation une arthrite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Evaluer l'amplitude articulaire : épaule, poignet, main, genou, hanche, cheville	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rechercher un épanchement articulaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Observer les manœuvres explorant la coiffe des rotateurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Reconnaître une amyotrophie liée à une pathologie articulaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Reconnaître un acro-syndrome vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Validé par : Date et Signature

ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

Activité	A observé	A réalisé	Validation
A assisté à la visite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
A assisté à une consultation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
a assisté à une intervention au bloc	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Habillage pour rentrer au bloc	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Lavage des mains		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Préparer un appareil plâtré	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Réduction d'une luxation antéro-interne de l'épaule claviculaire.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Prise en charge d'un traumatisé	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
suture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Surveillance de malade en post-opératoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Interprétation d'une radiographie		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Exposé/Recherche bibliographique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Validé par : Date et Signature

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

Activité	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
a- assister à la consultation de gynécologie-obstétrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
b- assister au niveau des salles d'accouchement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
c-assister au bloc opératoire et en salle septique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
d-assister aux visites quotidiennes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
e-assister au rapport de garde	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
TD	P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>								

S : Semaine P : Présent A : Absent

Compétence	A observé	A réalisé	Validation
Rédiger une observation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen du bassin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen obstétrical	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen gynécologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Examen du délivre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Interpréter un partogramme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à une échographie en obstétrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à une échographie en gynécologie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Assister à la mise en place d'un dispositif intra-utérin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Pratiquer un frottis cervico vaginal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Evaluer un enregistrement du rythme cardiaque fœtal	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Validé par : Date et Signature

PEDIATRIE

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

Compétence	A observé	A réalisé	Validation
1. Réaliser une observation clinique en pédiatrie avec ses spécificités (Antécédents physiologiques: grossesse, période périnatale, vaccination, diététique, Développement Psychomoteur, consanguinité, fratrie ...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Pratiquer l'Examen clinique d'un enfant :			
<ul style="list-style-type: none">Examiner un nouveau-né avec ses spécificités (l'examen neurologique en particulier : reflexes archaïques.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Examiner un nourrisson avec ses spécificités (fontanelles,....) Prendre et mettre une taille, un poids, un Périmètre Crânien sur les courbes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Prendre et interpréter les Fréquences Cardiaque et Respiratoire.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Mesurer la Pression Artérielle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">la mettre sur les courbes de référence.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Mesurer la température centrale d'un enfant.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Reconnaitre un ictère et une pâleur chez un nouveau-né.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Reconnaitre une ecchymose et un purpura.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Auscultier le cœur.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">Pratiquer un examen pleuropulmonaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<ul style="list-style-type: none"> Examiner et Palper un abdomen et décrire l'aspect du foie et de la rate. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Rechercher un contact lombaire. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Examiner les organes génitaux externes et reconnaître les signes de puberté. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Apprécier les mouvements articulaires 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>3. Réaliser et interpréter:</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Une bandelette réactive dans les urines 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Une glycémie capillaire 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>4. Préparer</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Un biberon de lait. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Une bouillie de farine 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<u>5. Etablir un régime alimentaire :</u>			
<ul style="list-style-type: none"> Calculer la ration journalière d'un enfant. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Indiquer la composition des repas en fonction de l'âge et du poids pour le nourrisson. 	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Interpréter une radiographie du thorax et Calculer l'index cardio-thoracique.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7. Interpréter les principaux examens biologiques en fonction de l'âge	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

8. Autres :

<ul style="list-style-type: none">• Réalisation d'une ponction lombaire (technique).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Préparation d'une fiche de température et fiche de traitement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Déroulement des séances de nébulisation (surveillance).	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Déroulement d'une transfusion sanguine (surveillance +calcul du débit)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Prélèvement pour Examen Cyto Bactériologique des Urines.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Validé par :..... Date et Signature

PSYCHIATRIE

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

	A observé	A réalisé	Validation
1. A assisté à la visite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. A assisté à une consultation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. A assisté à une séance d'Electro-Convulsivo-Thérapie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Entretien psychiatrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Rédaction d'une observation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
6. Rédaction d'un courrier de demande d'une consultation psychiatrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
7. Cotation d'instruments d'évaluation			
• HAD	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Mini Mental Test	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Validé par : Date et Signature