

FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

Cahier de stage

Cycle gradué Médecine

4ème année

Année : 20.... / 20....

Nom :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Numéro d'inscription :

Hématologie

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

	A observé	A réalisé	Validation
1. Rédiger une observation en hématologie : anamnèse, un examen clinique complet: (examen des trois appareils clé, cutanéomuqueux, lympho- ganglionnaire et ostéo-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"/>
2. Reconnaître une pâleur cutanéomuqueuse chez un patient, savoir la rechercher, apprécier l'intensité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Apprécier la tolérance d'un syndrome anémique à l'examen clinique d'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"/>
4. Reconnaître une adénopathie à l'examen clinique d'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"/>
5. En décrire ses caractéristiques : taille, localisation, consistance, sensibilité, existence ou non d'une péri- adénite.	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. Reconnaître une splénomégalie	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. Donner ses caractéristiques : taille selon l'OMS	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. calculer le débord splénique, consistance, sensibilité.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. Faire le test de compatibilité au lit du malade avant toute transfusion sanguine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Interpréter un hémogramme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11. Interpréter un bilan d'hémostase normal et pathologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12. Frottis sanguin	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13. Ponction de moelle osseuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14. Ponction ganglionnaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15. Biopsie ostéomédullaire	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

Gastro-Enterologie

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

	A assisté	A réalisé	Validation
Rédiger une observation		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Présenter un malade	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Visite dans le service	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Participer au rapport de garde et au colloque du service.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Séance d'endoscopie digestive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Séance de rectoscopie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
coloscopie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Une consultation pré et post opératoire chirurgicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Une consultation d'anesthésie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
GESTES A APPRENDRE ET A PRATIQUER EN SALLE OPERATOIRE			
	A assisté	A réalisé	
Lavage des mains Habillage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Examens organes génitaux externes mâles + sondage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Suture cutanée + nœuds	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Sonde urinaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Pansements	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
GESTES A LA GARDE OU AUX URGENCES			
	A assisté	A réalisé	

Sonde gastrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Suture avec gants	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
pansements	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Validé par Maitre de stage (signature et date) :

Cardiologie

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

Objectif	A observé	A réalisé	validation
01- Rédiger l'observation clinique d'un patient présentant un problème cardiologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
02. identifier par l'auscultation cardiaque un roulement diastolique de rétrécissement mitral.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
03- identifier par l'auscultation cardiaque un souffle systolique d'insuffisance mitrale.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
04- identifier par l'auscultation cardiaque un souffle systolique de sténose aortique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
05- identifier par l'auscultation cardiaque un souffle diastolique d'insuffisance aortique.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
06- Reconnaître les signes cliniques de l'insuffisance cardiaque gauche.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
07- Reconnaître les signes cliniques de l'insuffisance cardiaque droite	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
08- Reconnaître les signes cliniques de l'insuffisance cardiaque globale.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

09- D'identifier un hypertendu par la mesure appropriée de la tension artérielle.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
10- De reconnaître par l'examen clinique une atteinte vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
11- De prodiguer les gestes de survie devant un arrêt cardiorespiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
12- Reconnaître par l'examen clinique une cardiopathie congénitale cyanogène.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
13- Reconnaître par l'examen clinique une cardiopathie congénitale non cyanogène	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
14- De réaliser un ECG standard. en voie de constitution.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
15- De reconnaître un ECG normal.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
16- Reconnaître les signes ECG d'un infarctus du myocarde	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
17- Reconnaître les signes ECG du bloc auriculo-ventriculaire.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
18- Reconnaître les signes ECG de la fibrillation atriale.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
19- Reconnaître les signes ECG de la tachycardie ventriculaire.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

20- D'identifier les principales anomalies cardiaques sur une Radiographie standard du thorax	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
21- Reconnaître une cardiomégalie par la mesure de l'indice cardio-thoracique à la radiographie du thorax de face.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
22- Assister à la réalisation d'une échographie doppler cardiaque.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
23- Assister à la réalisation d'une épreuve d'effort.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
24- Gérer un traitement anticoagulant.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
25- Gérer un traitement antihypertenseur.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Validation finale par maitre de stage

Signature le/...../.....

Maladies Infectieuses

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

	A observé	A réalisé	Validation
1. Rédiger une observation spécifique à la spécialité.	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. Examen physique de tous les appareils.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Rechercher un syndrome méningé physique : la raideur de la nuque, le signe de kernig et le signe de brudzinski.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Reconnaître les éruptions scarlatiniformes (scarlatine, érysipèle), les éruptions morbilliformes (rougeole, rubéole...) et les purpuras.	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. chiffrer une fièvre.	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. Ponction 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"/>
7. Réalisation d'hémocultures.	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. Interpréter un résultat bactériologique (hémocultures, ECBU)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
9. Interpréter une sérologie (sérodiagnostic de Widal et Felix, sérologie de la rubéole)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
10. Interpréter les résultats d'une sérologie VIH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
11. Interpréter les résultats du bilan viro-immunologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
12. Expliquer les bases et cibles du traitement antirétroviral	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
13. Informer et conseiller les futurs époux en matière de prévention de la rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
14. Expliquer l'intérêt de la vaccination anti coquelucheuse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
15. Savoir appliquer le calendrier des vaccinations obligatoires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
16. Expliquer les recommandations nationales de la prophylaxie antipaludéenne à proposer à une personne se rendant en zone d'endémie palustre	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

Pneumo - Phtisiologie

Période : du Au.....

TERRAIN DE STAGE :

Chef de service :Maitre de stage :

	A observé	A réalisé	Validation
1. Recueil des crachats pour Bacilloscopies à la recherche de BK	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
2. Recueil des crachats pour examen cyto bactériologique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
3. IDR à a Tuberculine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
4. Tubage gastrique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
5. Désobstruction bronchique (aspiration bronchique)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
6. Ponction pleurale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
7. Exsufflation à l'aiguille	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
8. Pleurotomie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
9. Biopsie pleurale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
10. DEP			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Interprétation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
11. Spirométrie			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
• Interprétation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
12. Saturation percutanée			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
• Interprétation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
13. Gazométrie artérielle			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
• Interprétation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
14. Test de marche de 6min			

• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	-	
• Interprétation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
15. Kinésithérapie			
• Toux dirigée	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Drainage de posture	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Renforcement de la sangle abdominale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Séquelles pleurales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
16. oxygénothérapie			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
17. Utiliser un aérosol-doseur			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Explication à un patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
18. Utiliser un délivreur de poudre			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Explication à un patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
19. Utiliser une Chambre d'inhalation			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Explication à un patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
20. Nébulisation			
• Geste	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
• Explication à un patient	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
21. Endoscopie bronchique			
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		-	

Validé par (maitre de stage).....

Date et Signature