DFP DIPLÔME DE FRANÇAIS PROFESSIONNEL

LE FRANÇAIS DES AFFAIRES
CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION

EXEMPLE D'ÉPREUVES

DIPLÔME DE FRANÇAIS PROFESSIONNEL

SANTÉ B1

Série n°1

ÉPREUVES COMPRENDRE ET TRAITER L'INFORMATION

ÉPREUVES INTERAGIR À L'ORAL

CANDIDAT(E)

Le contenu des activités est fidèle au format numérique, mais la forme des activités a parfois été adaptée au format papier.

Pour en savoir plus :
Tutoriels : www.lefrancaisdesaffaires.fr/tests-diplomes/se-preparer/tutoriels-dfp/sante/
Guide des candidat(e)s : www.lefrancaisdesaffaires.fr/wp-content/uploads/2022/10/Guide-Candidat_DFP-SAN.pdf

ACTIVITÉ 1

Vous exercez en tant que médecin généraliste.
Vous prescrivez des médicaments à vos patient(e)s.

Rédigez votre ordonnance en vous appuyant sur
- la partie « Observations » du dossier médical de votre patient(e) (document 1)
- les fiches médicaments que vous avez consultées (document 2)

Patient(e) 1

DOCUMENT 1

DOSSIER PATIENT	
Nom, Prénom : BLANET Claudine	**Âge :** 57 ans
DATE	**-OBSERVATIONS-**
10/12/20XX	Sensation de picotements et de gonflements dans les jambes pouvant aller jusqu'à la douleur. Crampes nocturnes. Ne souhaite pas de traitement par voie orale.

DOCUMENT 2

CYCLO 3 CR TUB 100G		
Identification :	***Principes actifs :*** Ruscus aculeatus	***Classe thérapeutique :*** Topiques en phlébologie (FJ)
Indications thérapeutiques :	Utilisé dans le traitement des manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse chronique.	
Posologie et contre-indications :	2 applications de crème par jour à faire pénétrer par un massage léger et ascendant durant 2 à 3 minutes	

DAFLON 500MG CPR 60 (IP1)		
Identification :	***Principes actifs :*** Flavonoïdes exprimés en hespéridine	***Classe thérapeutique :*** Vasculoprotecteurs (FI)
Indications thérapeutiques :	Traitement des symptômes en rapport avec l'insuffisance veinolymphatique. Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.	
Posologie et contre-indications :	2 comprimés par jour, soit 1 comprimé à midi et 1 comprimé le soir, au moment des repas.	

DOLIPRANE 100MG SUP SECABLE 10		
Identification :	***Principes actifs :*** Paracétamol	***Classe thérapeutique :*** Antalgiques non opiacés (CA)
Indications thérapeutiques :	Traitement symptomatique des douleurs d'intensité légère à modérée et/ou des états fébriles. Présentation réservée au nourrisson pesant de 3 à 8 kg (environ de la naissance à 9 mois).	
Posologie et contre-indications :	Pour les nourrissons pesant 3 à 4 kg (environ de la naissance à un mois), la posologie est de 50 mg, soit un demi-suppositoire à 100 mg, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 demi-suppositoires par jour. Pour les nourrissons pesant 5 à 8 kg (environ 2 à 9 mois) : la posologie est d'un suppositoire à 100 mg, à renouveler si besoin au bout de 6 heures, sans dépasser 4 suppositoires par jour.	

© CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION Toute reproduction, partielle ou totale, sans autorisation est interdite.

Sélectionnez le médicament à prescrire à votre patient(e).

VOTRE ORDONNANCE :

DOCTEUR NOM Prénom
Médecine Générale
N° et Nom de rue
CP Ville
01.02.03.04.05
RPPS : 1234567890

Consultations
Lundi, Mardi, Vendredi : 10h30 - 12h30
Et tous les jours sur rendez-vous

Le 10/12/20XX

Madame BLANET Claudine

☐ CYCLO 3 CR TUB 100G - 2 applications par jour
☐ DAFLON 500MG CPR 60 (IP1) - 2 comprimés par jour (midi et soir)
☐ DOLIPRANE 100MG SUP SECABLE 10 - 1 suppositoire à renouveler au bout de 6 heures

Docteur Nom Prénom
Nom de rue - Code Postal - Ville
Téléphone : 01 02 03 04 05
Autre mention (Exemple : spécialité)
Etablissement - Centre hospitalier - Clinique
N° RPPS N° FINESS
01234567890 012345678

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra cliquer sur le bon médicament dans une liste déroulante.

Patient(e) 2

DOCUMENT 1

DOSSIER PATIENT	
Nom, Prénom : ZITOUNI Farid	**Âge :** 15 ans
DATE	**-OBSERVATIONS-**
10/12/20XX	Dépression sévère persistant après trois mois de psychothérapie (thérapie en cours).

DOCUMENT 2

DEROXAT 20 MG CPR SECABLE 14		
Identification :	***Principes actifs :*** Paroxétine	***Classe thérapeutique :*** Antidépresseurs (PL)
Indications thérapeutiques :	Épisode dépressif majeur Troubles Obsessionnels Compulsifs	
Posologie et contre-indications :	ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR : La posologie recommandée est de 20 mg par jour. TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS : La posologie recommandée est de 40 mg par jour. La paroxétine est déconseillée chez l'enfant et l'adolescent, la paroxétine étant associée à un risque accru de comportement suicidaire et d'hostilité.	

IBUPROFENE 400MG TEVA CONS CPR 12		
Identification :	***Principes actifs :*** Ibuprofène	***Classe thérapeutique :*** Antalgiques non opiacés (CA)
Indications thérapeutiques :	Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien. Indiqué, chez l'adulte et l'enfant de plus de 30 kg (environ 11-12 ans), dans le traitement de courte durée de la fièvre et/ou des douleurs : maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.	
Posologie et contre-indications :	1 comprimé à 400 mg par prise, à renouveler si besoin au bout de 6 heures. Dans tous les cas ne pas dépasser 3 comprimés à 400 mg par jour (soit 1200 mg par jour).	

PROZAC 20 MG CPR DISP SECABLE 28		
Identification :	***Principes actifs :*** Fluoxétine	***Classe thérapeutique :*** Antidépresseurs (PL)
Indications thérapeutiques :	Épisode dépressif majeur modéré à sévère, en cas de non réponse à l'issue de 4 à 6 séances de prise en charge psychothérapeutique. Troubles obsessionnels compulsifs. Le traitement antidépresseur ne devrait être proposé pour un enfant ou un adolescent souffrant de dépression modérée à sévère qu'en association à une prise en charge psychothérapeutique concomitante.	
Posologie et contre-indications :	Adultes et sujets âgés : La posologie recommandée est de 20 mg/jour. Enfants âgés de 8 ans ou plus et adolescents : sous le contrôle d'un médecin spécialiste. La dose initiale est de 10 mg/jour, soit 2,5 ml de PROZAC 20 mg/5 ml, solution buvable.	

© CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION Toute reproduction, partielle ou totale, sans autorisation est interdite.

Sélectionnez le médicament à prescrire à votre patient(e).

VOTRE ORDONNANCE :

DOCTEUR NOM Prénom
Médecine Générale
N° et Nom de rue
CP Ville
01.02.03.04.05
RPPS : 1234567890

Consultations
Lundi, Mardi, Vendredi : 10h30 - 12h30
Et tous les jours sur rendez-vous

Le 10/12/20XX

ZITOUNI Farid

☐ DEROXAT 20 MG CPR SECABLE 14 - 1 comprimé 1 fois par jour pendant 3 mois
☐ IBUPROFENE 400MG TEVA CONS CPR 12 - 1 comprimé 2 à 3 fois par jour
☐ PROZAC 20 MG CPR DISP SECABLE 28 - 1 comprimé 1 fois par jour pendant 3 mois

Docteur Nom Prénom
Nom de rue - Code Postal - Ville
Téléphone : 01 02 03 04 05
Autre mention (Exemple : spécialité)
Etablissement - Centre hospitalier - Clinique
N° RPPS N° FINESS
01234567890 012345678

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra cliquer sur le bon médicament dans une liste déroulante.

ACTIVITÉ 2

Vous travaillez dans un service de santé.
Un patient du service doit être transféré.

Complétez la fiche de liaison à partir du dossier médical du patient.

DOSSIER MÉDICAL

DOSSIER PATIENT	
Nom : MIOSZEK **Prénom :** Jean-Michel	**Âge :** 58 ans
DATE	**- SUIVI-SOINS -**
21/09/20XX	M. Mioszek doit être transféré en rééducation le 23/09/20XX. Hospitalisé le 17/04/20XX pour un AVC qui lui a laissé une hémiplégie D prédominant au MID et quelques troubles de la parole. Il bénéficie de séances hebdomadaires de kiné et d'ortho depuis 3 mois. Locomotion et repas : aide encore nécessaire pour se déplacer et prendre ses repas (couper la viande, peler les fruits). Ses constantes : pouls 80, TA 14/09, temp 37°1. Documents d'accompagnement : courrier médical, CR IRM. Sa femme a été prévenue du transfert ; la contacter en cas d'urgence.

© CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION Toute reproduction, partielle ou totale, sans autorisation est interdite.

Complétez la fiche de liaison avec les éléments proposés.

1. Épouse	**5.** Aide partielle
2. Rééducation	**6.** AVC
3. 23/09/20XX	**7.** Kinésithérapie, orthophonie
4. Courrier et ordonnance	

FICHE DE LIAISON

FICHE DE LIAISON

Service : Neurologie **Médecin:** Dr Pierrette VEIL, PH

Identification de la personne soignée
Nom : MIOSZEK **Date d'entrée :** 15/06/20XX
Prénom : Jean-Michel **Motif initial de l'hospitalisation :**

Examens réalisés :

Imagerie	Endoscopie	Autre
IRM		

Ce jour :

Constantes			
Pouls : **80**	**TA :** 14/09	**Température :** 37°1	**Diurèse :** 1 500 ml

Soins/Traitement :

Mobilité :

Date de mutation :

Motif du transfert :

Documents départ :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Téléphone : 06 30 24 02 21

Date : 21/09/20XX **Nom du soignant :** JMR **Signature :**

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra il faudra glisser-déposer chaque élément du dossier dans la zone grise de la fiche de liaison qui lui correspond.

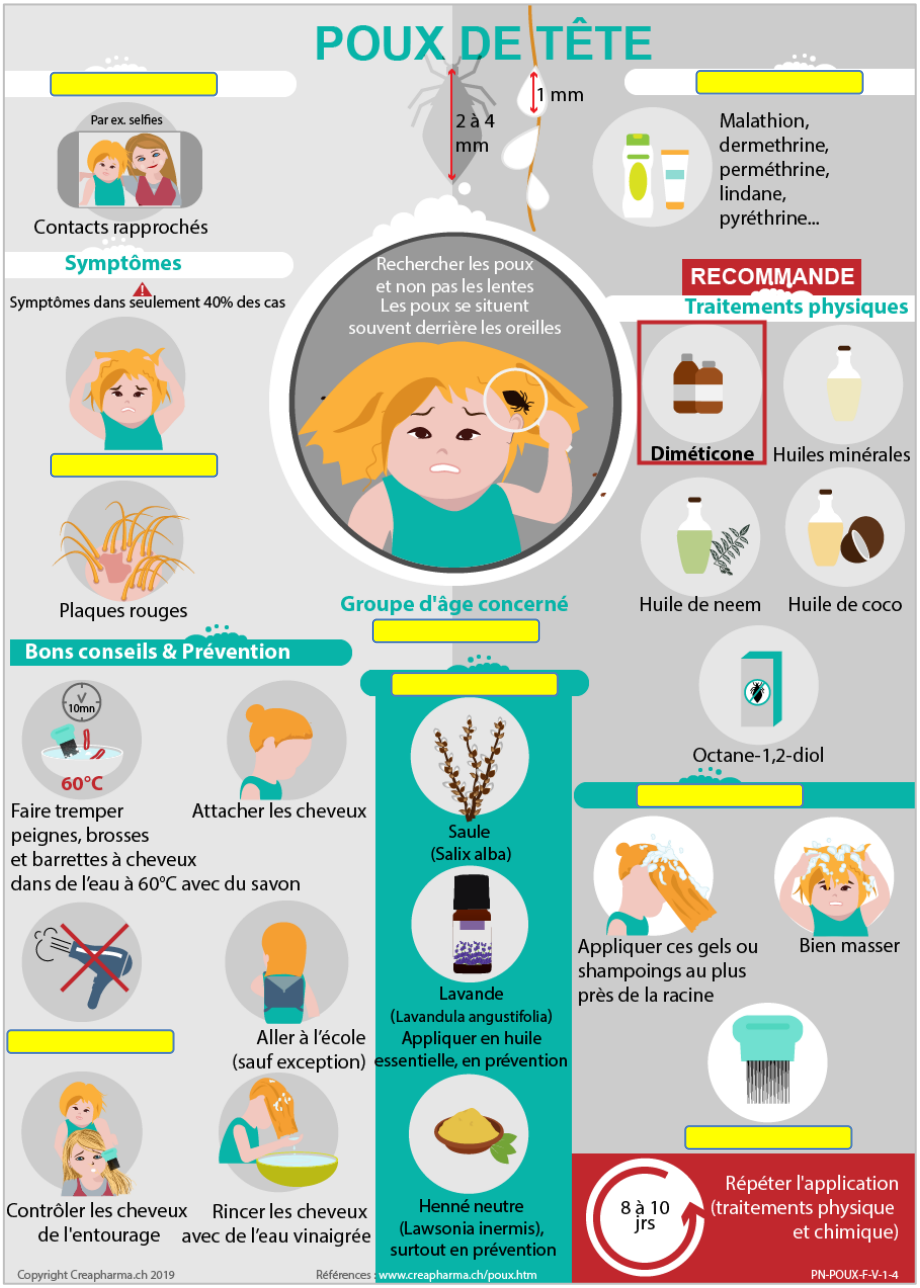
ACTIVITÉ 3

Vous travaillez dans une institution d'éducation à la santé.
À la demande de la direction d'une école (enfants de 6 à 10 ans), vous réalisez une campagne de prévention destinée aux parents d'élèves.

Complétez le support d'information ci-dessous à l'aide des éléments suivants :

1. Conseils traitements	**2.** Enfants de 5 à 11 ans	**3.** Fortes démangeaisons	**4.** Pas de sèche-cheveux
5. Plantes médicinales	**6.** Transmission	**7.** Traitements chimiques	**8.** Utiliser un peigne anti-lentes

SUPPORT D'INFORMATION



Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra il faudra glisser-déposer chaque élément dans la zone jaune du support d'information qui lui correspond.

ACTIVITÉ 4

Vous êtes un(e) professionnel(le) de santé dans un établissement de soins.
Un membre de l'équipe soignante vous a donné des instructions de soins (Cf. enregistrement).

SAN_B1_ExEpreuve_S1_Act4.mp3

Complétez le protocole de soins en fonction des soins à apporter.

Cochez les 5 soins à effectuer.

PROTOCOLE DE SOINS

C.R. CHAMPERRET
CENTRE de RÉÉDUCATION

PROTOCOLE DE SOINS
NOM, Prénom : **LUPIN, Josette**

- ☐ **HYGIÈNE, CONFORT ET MOBILITÉ**
- ☐ Toilette au lit (aide totale ou partielle)
- ☐ Toilette au lavabo (aide totale ou partielle)
- ☐ Toilette au fauteuil (aide totale ou partielle)
- ☐ Douche (aide totale ou partielle)
- ☐ Shampoing
- ☐ Soins de bouche / nettoyage de prothèses
- ☐ Pédiluve
- ☐ Aide à l'habillage / Déshabillage
- ☐ Change (aide totale ou partielle)
- ☐ Surveillance du sommeil

- ☐ **LOCOMOTION ET MOBILITÉ**
- ☐ Prévention d'escarres
- ☐ Aide au lever/coucher
- ☐ Installation au fauteuil

- ☐ **ÉLIMINATION**
- ☐ Surveillance des urines
- ☐ Surveillance des selles

- ☐ **SOINS SUR PRESCRIPTION**
- ☐ Bas de contention
- ☐ Matelas d'eau
- ☐ Coussin de mousse

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra il faudra cliquer sur les soins à effectuer.

ACTIVITÉ 5

Vous êtes un(e) professionnel(le) de santé.
Une patiente vous consulte.

Complétez son dossier médical à partir des informations qu'elle vous donne (cf. enregistrement).

SAN_B1_ExEpreuve_S1_Act5.mp3

Placez dans l'ordre les 6 symptômes évoqués par la patiente dans la partie « Observations » du dossier patient.

Mal de gorge	Fatigue	Toux sèche
Frissons	Courbatures	Fièvre

VOS OBSERVATIONS

DOSSIER PATIENT

IDENTITÉ

Civilité :	Monsieur	Code/Réf. :	534-DS-F8
NOM :	GAGNON	Né(e) le :	18/06/1976
Prénom :	Adrien		

OBSERVATIONS :

Date de l'observation : Aujourd'hui

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra il faudra glisser-déposer chaque élément dans la zone du dossier patient qui lui correspond.

ACTIVITÉ 6

Vous exercez en tant que médecin généraliste.
Vous adressez pour avis votre patiente à un(e) médecin spécialiste.

Écrivez une lettre à votre confrère/consœur pour recommander votre patiente.
Dans votre lettre, reprenez les éléments du dossier patient (cf. ci-dessous) en rapport avec le cas.

DOSSIER PATIENT(E)

NOM :	Prénom :	Civilité :	Né(e) le :	Code/Réf. :
PEETERS	Jonas	Monsieur	12/08/1951	41-8-FSE-663-12

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX
Hérédité père : infarctus du myocarde vers 58 ans

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS
Hépatite B à l'adolescence
Ablation d'un basocellulaire frontal en 2017

TRAITEMENTS
- Hexaquine, 3 cpr par jour (traitement débuté 09/01/20XX)

ANAMNÈSE SOCIO-PROFESSIONNELLE
Retraité de l'Éducation nationale

HABITUDES
Actif habituellement, marche et court régulièrement.
Arrêt répété d'entraînement à l'occasion de blessures depuis env. 2 ans.

ANAMNÈSE ACTUELLE (30/01/20XX)
Récemment, en altitude, autour de 1500-1800 m, limitation d'activité en lien avec une dyspnée semblant inhabituelle au patient et à son entourage. Même épisode 2 mois plus tôt à 2500 m.
TA à 125/80.

© CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION Toute reproduction, partielle ou totale, sans autorisation est interdite.

VOTRE LETTRE DE RECOMMANDATION (110 - 150 mots environ)

DOCTEUR NOM Prénom
Médecine Générale
N° et Nom de rue
CP Ville
01.02.03.04.05
RPPS : 1234567890

Consultations
Lundi, Mardi Vendredi, 10h30 - 12h30 et
tous les jours sur rendez-vous

Le ..... /..... /20.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Docteur Nom Prénom
Nom de rue - Code Postal - Ville
Téléphone : 01 02 03 04 05
Autre mention (Exemple : spécialité)
Etablissement - Centre hospitalier - Clinique
N° RPPS N° FINESS
01234567890 01234567B

Membre d'une A.G.A., le règlement des honoraires par chèque est autorisé

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra rédiger un texte dans la zone prévue à cet effet. Un pavé numérique sera à disposition pour les accents et la ponctuation.

ACTIVITÉ 1

Préparation : **10** minutes [*recommandé*]
Passation : **10** minutes

Situation :
Vous êtes médecin.
Vous recevez un(e) patient(e) à qui vous avez diagnostiqué une maladie (cf. Document 1).
Vous lui avez présenté la maladie et son traitement (cf. Document 2).

Tâche :
Vous répondez à ses questions sur son traitement et vous le/la conseillez.
À l'issue de l'échange, proposez un rendez-vous de suivi dans 2 semaines.

DOCUMENT 1 : VOS NOTES SUR LE CAS DU/DE LA PATIENT·E

Date	Observations/Traitement
21/11/20XX	Consultation 21/11/2019 pour troubles de la vision et somnolence -> Prise de sang (glycémie à jeun)
25/11/20XX	Glycémie à jeun = 1.27g/l, à confirmer
09/12/20XX	Glycémie à jeun = 1.28g/l -> diagnostic : Diabète Type 2, stade 1 : insulinorésistance

DOCUMENT 2 : MÉMO – TRAITEMENT DIABÈTE

Régime alimentaire
- Réduire la consommation de sucres / graisses / sel
- Diminuer les portions
- Consommer à chaque repas
  - féculents (pâtes) ou légumineuses (lentilles, haricots)
  - légumes et fruits
  - eau / eau gazéifiée
- Respecter rythme et régularité des repas (ne pas sauter de repas)
- Occasionnellement, alcools légers, peu sucrés
- Pas d'aliments interdits + pas d'excès : savoir se faire plaisir et ne pas tomber dans les interdits permanents qui sapent le moral

Mode de vie
- Adoption d'un mode de vie actif ; activité physique : privilégier sport (ex. stretching, marche nordique) en groupe (ex. associations ⍰ motivation, soutien psychologique)
- 150 min d'activités cardiovasculaires (nage, vélo, marche, course, aquaforme, danse aérobic, badminton, danse sociale, etc.) et 2 à 3 séances d'exercices de renforcement (poids et haltères) chaque semaine

Surveillance
- Contrôle régulier du poids
- Gestion du stress : privilégier un sommeil de qualité; réduire sa consommation de caféine ; dresser une liste des priorités et déléguer certaines tâches; se fixer des objectifs réalistes

Traitements médicamenteux
- Metformine chlorhydrate (Antidiabétique systémique) : seulement si le régime alimentaire et l'exercice physique ne sont pas suffisants pour rétablir l'équilibre glycémique.
- Injections d'insuline uniquement pour les cas sévères ou avec complications

© CCI PARIS ILE-DE-FRANCE EDUCATION Toute reproduction, partielle ou totale, sans autorisation est interdite.

ACTIVITÉ 2

Préparation : **10** minutes [*recommandé*]
Passation : **10** minutes

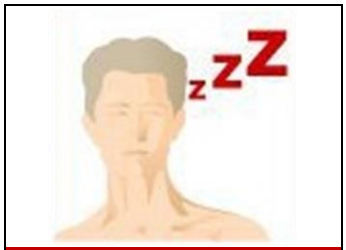
Situation :
Vous êtes un(e) professionnel(le) de santé dans un établissement de santé pour personnes âgées et vous informez ces patient(e)s et leurs familles des risques liés aux fortes chaleurs.
Votre auditoire ne connaît pas le vocabulaire médical : utilisez des mots faciles à comprendre.

Tâche :
Appuyez-vous sur les documents à votre disposition pour
- **présenter les symptômes d'un coup de chaleur,**
- **faire des recommandations sur les comportements à adopter.**

DOCUMENT 1

SIGNAUX D'ALERTE EN PÉRIODE DE CANICULE

Crampes, syncopes



Épuisement

Confusion, délire

Hyperthermie (>39°C)

Céphalées

Vertiges, nausées

DOCUMENT 2

LES BONNES PRATIQUES À TENIR

- +/- 1,5 l d'eau/jour (bouteille individuelle pour mesurer la consommation)
- Ventilation + Brumisateur/linges humides (distribués par le personnel de l'établissement de santé)
- Séjour dans la pièce rafraichie de l'établissement de santé
- Continuer de s'alimenter (menus adaptés par les cuisiniers de l'établissement de santé)
- Contacts plus fréquents avec les proches
- Vérification régulière de la température corporelle (par le personnel de l'établissement de santé)

www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/prevention-sante/plan-canicule-2017-proteger-personnes-agees.html