

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent**

Québec



DOCUMENT D'ACCUEIL
STAGE DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE - RIVIÈRE-DU-LOUP

Responsable du stage : Dre Stéphanie Bossé

*****Cas fictif*****

Mise à jour Novembre 2023

STAGE DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

a. MOT DE BIENVENUE

Bienvenue dans votre stage de gynéco-obstétrique.

b. MEMBRES DE L'ÉQUIPE

Gynécologues :

Dre Stéphanie Bossé
Dre Alexandra Gosselin
Dre Marie-France Lambert
Dr Yves Nadeau
Dre Diane Plourde

Omnipraticiens accoucheurs :

Dr Maxime Dionne
Dre Annie Deschenes
Dre Marie-Helene Leblanc
Dre Marie-Eve Bergeron
Dre Marjorie Gagné
Dre Aurélie Bédard

c. ACCUEIL

À moins d'avis contraire sur votre horaire, vous rendre à 8h le premier jour de votre stage à l'unité d'obstétrique/salle d'accouchement (3^e étage avant, au poste au bout du corridor) pour y rencontrer le gynécologue de garde. S'il n'est pas présent, demander aux infirmières de le signaler pour l'aviser de votre arrivée.

2. MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

a. GARDES ET TOURNÉE DE FIN DE SEMAINE

Vous aurez une journée de fin de semaine de garde à faire (samedi ou dimanche de 8h à 20h). Durant cette journée vous faites la tournée sur l'étage des patientes et les accouchements et les consultations d'étage ou d'urgence.

Vous aurez aussi trois (3) soirées de gardes à faire de 17h à 22h, L'horaire sera fait lors de votre accueil. Vous devez choisir des plages libres (non occupées par un résident). Vous pouvez choisir vos gardes de soir en fonction de l'occupation de la salle d'accouchement si vous voulez augmenter votre exposition. Par exemple, déplacer votre garde à un soir où il y a une patiente en travail en pm.

b. TENUE VESTIMENTAIRE

Pour les accouchements, des uniformes sont disponibles à l'étage de périnatalité

3. ACTIVITÉS DURANT LE STAGE

A. ACTIVITÉS CLINIQUES DURANT LE STAGE

Voici la liste des activités auxquelles vous serez affectés durant le stage. Voir votre horaire. Les accouchements ont priorité sur les autres activités à l'exception des journées de planning et de bureau

1. Bureau de gynécologie
2. Bureau d'obstétrique (avec les omnis accoucheurs)
3. Activités à la clinique de Planning (CLSC)
Contraception
IVG
4. Colposcopie
5. Hystéroscopie
6. Consultations à l'urgence et sur les étages
7. Évaluation/admission en gynécologie ou GARE
8. Salle d'accouchement
9. Salle d'opération
10. Échographie

B. RESPONSABILITÉS

Vous devez faire la visite post-partum des patientes, ainsi que la visite des patientes hospitalisées en grossesse à risque. On vous demande minimalement de faire la tournée des patientes dont vous avez assisté à l'accouchement, césarienne ou admission GARE.

Discuter des cas avec le gynécologue ou médecin de famille concerné.

Vous devez faire le suivi post-op des patientes dont vous avez fait l'admission et auxquelles vous avez assisté à la chirurgie et en discuter avec le gynécologue attitré.

C. GESTION DU TEMPS

Temps alloué pour une admission (30 à 60 minutes)

Temps alloué pour une consultation (questionnaire + examen physique autre que gynéco) (30 minutes puis réviser)

Temps alloué pour la tournée sur l'étage (en avant-midi, le plus tôt possible, sauf si une autre activité prioritaire en cours)

D. ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENT

Vous devez faire une présentation de 30 minutes lors de la dernière semaine de votre stage. Veuillez choisir un sujet et en discuter avec le responsable de votre stage. Une date sera discutée ensemble.

Des livres de références et des modèles pour pratiquer sont disponibles au local 224 (2^e étage du Pavillon Alphonse Couturier). Ce local est aussi à votre disposition pour étude.

E. ÉVALUATIONS

a. ÉVALUATION PAR OBSERVATION DIRECTE (ACP-1, ACP-8)

Vous aurez une observation directe durant votre stage de gynéco-obstétrique. Cette observation aura lieu en cours de stage.

b. ÉVALUATION FORMATIVE DE MI-STAGE

Vous recevrez à la mi-stage par la responsable de stage une évaluation formative.

Vous devez apporter votre clinifolio afin d'en discuter et d'orienter l'exposition clinique pour les deux (2) semaines restantes.

c. ÉVALUATION SOMMATIVE DE FIN DE STAGE

Vous recevrez une évaluation sommative à la fin du stage par ce responsable du stage.

Vous devez apporter votre clinifolio complété afin de discuter et d'orienter l'exposition clinique dans vos prochains stages.

Exemples de notes :

HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE

Femme de 50 ans
Gravida 2, Para 1, Aborta 1

Raison de consultation : Ménorragies

Médicaments :

Allergies :

Habitus : Tabac
 Alcool
 Drogue

Antécédents personnels :

 Médicaux
 Chirurgicaux
 Obstétricaux : G1 /Accouchement vaginal à terme en 1960, aucune complication
 G2 / Avortement spontané à 8 semaines en 1965
 Pas de dilatation ni curetage (D + C)

Antécédents familiaux :

Antécédents gynécologiques : Ménarche
 Coïtarche

Date des dernières menstruations (DDM)

Cycle : 28 jours / durée / quantité

Saignement intermenstruel (SIM)

Saignement post coïtal (SPC)

Douleurs pelviennes : Dysménorrhée
 Dyspareunie
 Mittelschmerz
 Partenaires : Nombre
 MTS, leucorrhée, prurit, rougeur
 Dernière cytologie, mammographie

Si ménopause : Âge
 Saignement
 Hormonothérapie
 Symptômes

Histoire de la maladie actuelle : Raison de consultation
Temps d'apparition
Description
Traitement antérieur (TX)

Revue des systèmes : Digestif, urologique, cardiaque, pulmonaire, neurologique

Examen physique : Bon état général (BEG)
TA
RC
RR
T° C
Cou : adénopathies, souffle carotidien, thyroïde
Cœur : RCR, B1 + B2, souffle
Abdomen : souple, péristaltisme, masse, douleur
Membres inférieurs : Œdème

Gynécologique :

Vulve :

Vagin :

Col :

Toucher vaginal (TV) : Utérus : Annexes :

Toucher recto vaginal PRN (si masse ou cancer)

IMPRESSIION : Problème actuel avec diagnostic différentiel

Autres problèmes associés :

Plan : Analyses de routine, autres analyses, consultations PRN, type de chirurgie

Nom du résident ou externe : _____

HISTOIRE OBSTÉTRICALE

Femme de 24 ans

Gravida 3

Para 1

Aborta 1

Grossesse : 39 3/7 semaines

Goupe sanguin : (Winrho si Rh-)

Raison de consultation : Contractions utérines et pertes liquidiennes

Antécédents personnels :

Médicaux

Chirurgicaux

Obstétricaux : G1 / Accouchement vaginal à 39 semaines en 1989 (BB poids, heures de travail, apgar)

G2 Avortement en 1990 à 8 semaines (D+C)

Antécédents familiaux :

Habitus : Tabac
Alcool
Drogue

Médicaments : Palafer

Allergies :

Histoire de la grossesse actuelle :

Date prévue de l'accouchement selon l'échographie (DPAe)

Évolution de la grossesse :

1^{er} trimestre

2^e trimestre

3^e trimestre

Prise de poids :

Échographies :

- Nombre de semaines, raison et résultat de l'écho

Histoire de la maladie actuelle : Contractions utérines (fréquence, intensité)
Perte de liquide (couleur, quantité, heure)
Perte sanguine (quantité, heure)
BB bouge bien (BBBB)

Revue des systèmes :

Digestif, urologique, cardiaque, pulmonaire, neurologique

Examen physique adapté à la situation clinique :

TA

RC

RR

CF

T° C

Cou : Thyroïde

Cœur : RCR B1 + B2 souffle

Poumons : clairs

Abdomen : hauteur utérine (HU) en cm

Manceuvre de Léopold

Membres inférieurs : Œdème, pouls, réflexes

Toucher vaginal : x cm / x % / -1 (calculer score de Bishop)

Membranes rompues ou non

IMPRESSION :

GPA

Nombre de semaines

Problèmes

Plan :

Admission

Signes vitaux (SV) de routine

Lever permis ou non

Analyses sanguines adaptées : FSC, glycémie, SMU + DCA

Groupe sanguin + Rh

Auscultation intermittente ou monitoring continu

Nom du résident ou externe : _____

NOTES ÉVOLUTIVES EN TRAVAIL

Heure Synto x mU/min ou autres médicaments en cours

Pte revue (au retour du bain, etc.)
ÉTAT de la pte : e.g. souffrante ++, fatiguée, confortable, sent pousser ++, soulagée par péri, inquiète, anxieuse, calme, somnolente

SV : TA + FC + T si pertinents sinon stable/N

CU rég vs irrégulières q___ min X ___ sec intensité ___

TRF : CF à 140 V + R (pour variable et réactif) présence de décélérations
Partogramme de l'OMS à compléter en travail actif (voir infirmière)

TV : x cm / x % / C / -1

Rupture membranes ? artificielle ou spontanée?
LA clair, sang, méconium

Donc : Travail : phase de latence ou travail actif
Péridurale?
BEF rassurant ou décélérations, tachycardie...

CAT : Anesthésiste de garde appelé
RAM prévue ensuite
Mobilisation
Poursuite protocole de synto
RX (PEN G si strep B positif)
Late pushing (péri)
Suivons

TOURNÉE POST-PARTUM – ACCOUCHEMENT VAGINAL

Groupe sanguin : Rh + ou –
Rubéole + ou –
Vaccin MMR ou Winrho ?
Hb :

- 1) La patiente : comment va-t-elle ? et le bébé ?
 - a. Allaitement ?
 - b. Lochies – abondance – odeur
 - c. Douleur périnée ? (si déchirure ou épisiotomie)
 - d. Urines ? (signes d'infection)
 - e. Selles
 - f. Douleurs mollets – Dyspnée
- 2) TA : T⁰ : Fréquence respiratoire (FR) : Fréquence cardiaque (FC)
- 3) Cœur : Poumons :
- 4) Abdomen : Utérus : Hauteur utérine (utérus centré ou dévié)
 Ferme ou mou
 Sensibilité
- 5) Périnée (s'il y a eu réparation) Examiner si plainte de la patiente seulement
- 6) Mollets – OMI (œdème des membres inférieurs)
- 7) Analyse et plan :

Hb Ht en post-partum # 1 à voir, si évolution favorable et grossesse sans particularités,
congé post-partum jour 2 en général.

TOURNÉE POST-PARTUM - CÉSARIENNE

Groupe sanguin Rh + ou –
Kleihauer si Rh-
Winrho ou MMR PRN
Rubéole + ou –
Hb :

- 1) La patiente : comment va-t-elle ? et le bébé ?
 - a. Allaitement ?
 - b. Douleurs abdominales ? soulagée par calmants ?
 - c. Plate ?
 - d. Lochies – abondance – odeur
 - e. Urines (signe d'infection) ?
 - f. Gaz ? No ? Selles ?
 - g. Alimentation tolérée ?
 - h. Douleurs aux mollets ?
 - i. Dyspnée ?
- 2) TA : T⁰ : Fréquence respiratoire (FR) : Fréquence cardiaque (FC)
- 3) Cœur : Poumons : Atélectasie (crépitants)
- 4) Abdomen :
 - a. Plaie : rougeur, écoulement, induration
 - b. Péristaltisme, ballonnement
 - c. Souple ou défense, punch rénal
 - d. Utérus : hauteur utérine, utérus centré et dévié, ferme ou mou
 - e. Sensibilité : Attention ! souvent sensible et normal
- 5) Mollets : Œdème des membres inférieurs
- 6) Analyse et plan

Hb Ht en post-césarienne # 1 et # 2 à voir –
Sonde urinaire retirée entre 8h et 24h PO normalement. Normalement > ou = à 100 cc/4heures
Si évolution favorable et grossesse sans particularités, congé le 2^e ou 3^e jour post-césarienne

NOTE D'ACCOUCHEMENT

Heure :

SS péridurale

Accouchement vaginal spontané (AVS)

Accouchement vaginal assisté (AVA) par ventouse, forceps (type). Position, station, nombre de tractions, indication.

Naissance à 00h00 BB fille Apgar 9-9, poids, pH.

Problème : dystocie de l'épaule, hémorragie....

Délivrance : Spontanée vs manuelle, semble complète, 3 Vx

Déchirure : degré, réparation vicryl 2.0 ou 3.0 rapide

P.S. 250 cc

Décompte des aiguilles et compresses complet

B.T.

PRESCRIPTION POST-PARTUM

À RDL; Voir ordonnance standardisée

Accouchement vaginal

SV routine

Lever précoce

Diète au goût (ou diabétique)

Hb-Ht pp #1

Bain siège TID PRN. Glace périnée PRN

Césarienne

SV routine

Sonde urinaire X _____ h

Diurèse q 4h, aviser si < 100-120 cc/4h

Eau, puis diète au goût si bien tolérée

Lever précoce

Hb-Ht pp #1 et #2

Enlever agrafes et stéri-strips PO 3 ou 4 selon MD

Vaginal & césarienne

Si rubéole négatif : vaccin MMR S/C

Si Rh mère - : Winrho 300 ug IV si Bb Rh +

Cf. protocole post-partum

LR à 100 cc/h à cesser lorsque s'hydrate

Synto 20 u/1000 cc LR selon protocole ou duratocin

Naprosyn 500 mg IR q 12 heures X 48 H PRN

Tylénol 325 mg, 1-2 CO q 4-6H PRN

Dilaudid 1-2 mg PO ou SC q 3-4 H PRN

ABRÉVIATIONS EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE

CF	Cœur fœtal
CA	Colporraphie postérieure
CO	Contraceptifs oraux
DPPNI	Décollement prématuré du placenta normalement inséré
HAT	Hystérectomie abdominale totale
VPH	Virus du papillome humain
HTR	Hormonothérapie de remplacement
HV	Hystérectomie vaginale
CIN	Néoplasie cervicale intra-épithéliale
VIN	Néoplasie vulvaire intraépithéliale
LIBG	Lésion intraépithéliale de bas grade
LIGE	Lésion intraépithéliale de haut grade
PANI	Placenta antérieur normalement inséré
PP	Placenta praevia
SIM	Saignement inter-menstruel
SOB	Salpingo-ovariectomie bilatérale
SPC	Saignement post-coïtal
SPM	Syndrome prémenstruel ou saignement de la post-ménopause
TV	Toucher vaginal
DDM	Date des dernières menstruations
DPA	Date prévue d'accouchement
B-HCG	Bêta-Human chorionic Gonadotropin (test de grossesse)
TRF	Test de réactivité fœtale
TTCU	Test de tolérance aux contractions utérines
PS	Pertes sanguines
PL	Pertes liquidiennes
LA	Liquide amniotique
BBBB	Bébé bouge bien
R.C.I.U	Retard de croissance intra-utérine ou restriction de croissance intra-utérine
PMF	Premiers mouvements fœtaux
PEL	Pré éclampsie légère
PES	Pré éclampsie sévère
MGSO ₄	Sulfate de magnésium
D ₅ LR	Dextrose 5 % dans Lactate Ringer
M ½F	Soluté mixte ½ force
Salin 09	Sérum physiologique
ROT	Réflexe ostéo-tendineux
CU	Contractions utérines
TP	Travail prématuré
DMF	Décompte des mouvements fœtaux
ROH	Alcool

FEUILLE SOMMAIRE

Dx principal : Grossesse 39 1/7 semaines
Dx secondaire : RPM ou DM

Autres Dx : Déchirure périnéale 3^e degré
Hémorragie

Autre Mx : Anxiété

Complications :

Traitements :

Anesthésie

Stimulation ocytocine

Amniotomie

Accouchement vaginal spontané à ____ le ____ BB fille/gars Apgar 6-8-10

Réparation déchirure périnéale vicryl rapide 2.0

Antibioprophylaxie

À l'endo : retour à domicile, nom du médecin de famille pour copie de dossier et RDV en clinique externe gynéco dans 6-8 semaines avec Dr X. Conseils donnés, médication prescrite et examens prévus en post-partum (HGOP, TSH...)

CONSEILS AU DÉPART

En général après un accouchement vaginal ou une césarienne

Revoir le médecin traitant dans 8 semaines :

Consulter à l'urgence si :

- Lochies très abondantes avec caillots (> 1 serviette/heure x 2 heures)
- Lochies très nauséabondes
- Douleurs abdominales
- T° > 38 C
- Douleur au mollet avec œdème des membres inférieurs, rougeur
- Rougeur localisée aux seins
- Plaie rouge ou qui coule

Si la patiente n'allait pas et que la montée laiteuse est douloureuse :

- Soutien-gorge bien ajusté
- Compresse à l'eau froide
- Tylénol régulier

La contraception :

Si la patiente n'allait pas et qu'il n'y pas de contre-indication aux anovulants les commencer environ 1 mois PP

Si la patiente allait on favorise les progestatifs (stérilet, Micronor, Slynd, Nexplanon)

La patiente peut y penser et en discuter avec son médecin traitant au RV post-partum (si relations – condoms)

Demander à la patiente si elle a besoin d'une prescription d'analgésie (Naprosyn, Dilaudid) pour la maison.

Si Hb < 100, lui prescrire du FeSO4

Si Hb > 100 et si elle prenait du Materna ou autres vitamines, elle peut continuer de les prendre

La patiente peut prendre douches et bains. Si stéri-strips en place, éviter les bains ad retrait.

En post-césarienne, à l'exception du bébé, ne pas soulever d'objets plus lourds que 5 kilos durant 4 semaines

PRESCRIPTIONS GYNÉCOLOGIE POST-OPÉRATOIRE

À RDL Cf. ordonnance standardisée

Ordonnances médicales

- NPO x ____ heures
- SV usuels
- Mobilisation précoce, 1^{re} fois avec aide
- Sonde urinaire x ____ heures (si CA sonde X 24-48 heures et au retrait de la sonde : bladder scan post-miction (max q 6h) cesser BS uro lorsque 2 mictions > 100 cc et résidu < 100cc)
- Bilan in-out, aviser si diurèse < 100-120 cc hres
- Hb – Ht jr 1 et 2 post-op (ou PRN selon déroulement de la chirurgie)
- Enlever agrafes si remplacer par steri strip en po # 3-4
- Inspirex 5 min/heure

Ordonnances pharmacologiques (vérifier allergies)

- Soluté LR à 120 cc/hre (ou selon poids de patiente + perte per-op) jusqu'à hydratation normale
- Lorsque ACP cessé ou si pas ACP :
- Dilaudid 1 – 2 mg PO SC q 3 heures PRN (3-4h)
- Naprosyn 500 mg IR q 12 heures X 4 doses ou 250 mg 1-2 co po 1 6h PRN
- Tylenol 325 mg 1-2 co PO IR q 4 heures PRN
- Graval 50-100 mg PO IV IR 1 6 heures PRN
- Lax-a-day 17g PO die PRN
- Ativan 1 mg I-Is PRN
- Héparine 5000 U SC q 12 heures si plus de 40 ans ou FDR de TPP
- ATB PRN
- Rx que patiente prenait à maison

NOTE OPÉRATOIRE

Dx préopératoire

Dx postopératoire

Intervention :

SAG IET ou Locale + narcose

Laparoscopie dx, HAT, HV, CA, CP....

PS....

BT

Complications peropératoires

SITUATIONS CLINIQUES À L'ÉTUDE ESSENTIELLES AU STAGE

SITUATIONS CLINIQUES	LIEU PRÉFÉRENTIEL D'EXPOSITION CLI- NIQUE	NIVEAU DE RES- PONSABILITÉ	MÉTHODES ALTERNA- TIVES D'EXPOSITION
DOULEUR PELVIENNE (A OU H)	1 ET 6		
DYSMÉNORRÉE (A OU H)	1 ET 6		
GROSSESSE COMPLIQUÉE (A)	1-4 ET 5		
GROSSESSE NORMALE (A ET H)	1-4 ET 5		
INCONTINENCE (A OU H)	STAGE D'UROLOGIE		
LEUCORRÉE / PRURIT VULVAIRE (A OU H)	1		
PRÉMATURITÉ (H)	1-4 ET 6		
SAIGNEMENT UTÉRIN ANORMAL (A OU H)	1-3 ET 6		
SAIGNEMENT UTÉRIN DURANT LA GROSSESSE (A ET H)	1-5 ET 6		
TRACÉ FŒTAL NON RASSURANT	4		
AMÉNORRÉE (A)	1		
ÉVALUATION OPÉRATOIRE (H)	1 ET 6		
GALACTORRÉE / ÉCOULEMENT MAMMAIRE (A ET H)	1 STAGE D'ENDOCRINO		
INFERTILITÉ (A)	1 ET 7		
LÉSIONS GÉNITALES (A)	1		
MASSE ABDOMINALE (A ET H)	1 ET 6		
MÉNOPAUSE (A)	1 ET 3		
PROMOTION DE LA SANTÉ (A ET H)	1-5 ET 7		
RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN (A OU H)	1-2 ET 5		
TROUBLES MICTIONNELS (A OU H)	STAGE D'UROLOGIE		

LÉGENDE :

- 1- CLINIQUE EXTERNE
- 2- ÉCHOGRAPHIE
- 3- HYSTÉROSCOPIE
- 4- SALLE D'ACCOUCHEMENT
- 5- ÉTAGE
- 6- SALLE D'OPÉRATION
- 7- PLANNING

HABILITÉS CLINIQUES ESSENTIELLES AU STAGE

HABILITÉS	NIVEAU	NOMBRE MINIMAL
ACCOUCHEMENT NORMAL	3	
ANALYSE D'URINE SUR BÂTONNETS	4	
ASSISTER UNE CHIRURGIE	3	
COLPOSCOPIE	1	
DRAINER UN ABCÈS	3	
FERMETURE DE PLAIE – POINTS DE SUTURE	4	
EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE AVEC SPÉCULUM (CYTOLOGIE, SNIF TEST, ITSS)	3	
EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE BI-MENSUEL	3	
EXTRACTION DE FÉCALOME	4	
MANIPULATION D'UN DRAIN	3	
PRISE DE TENSION ARTÉRIELLE	4	
TECHNIQUE D'ASEPSIE	4	
UTILISATION DU DOPPLER	3	

NIVEAU 1 : DÉCRIRE LES INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, RISQUES, COMPLICATION FRÉQUENTE ET LA TECHNIQUE PROPREMENT DITE. PAR EXTENSION, IMPLIQUE L'OBSERVATION DE LA TECHNIQUE.

NIVEAU 2 : FAIRE LA TECHNIQUE SOUS SUPERVISION DANS UN ENVIRONNEMENT NON CLINIQUE (CENTRE AP- PRENTIS)

NIVEAU 3 : FAIRE LA TECHNIQUE SOUS SUPERVISION DANS UN ENVIRONNEMENT NON CLINIQUE CONTRÔLÉ (HÔPITAL, CLINIQUE EXTERNE, BUREAU)

NIVEAU 4 : FAIRE LA TECHNIQUE CHEZ UN PATIENT STABLE SANS SUPERVISION DANS UN ENVIRONNEMENT CLINIQUE CONTRÔLÉ (HÔPITAL, CLINIQUE EXTERNE BUREAU)