

INFORMATIONS

CHIRURGIENS

Dre Josée Bilodeau

Dr Vincent Brisson - Responsable du stage de l'externat

Dr Jérôme Chouinard

Dr Martin Cousineau

Dr Benoit Fréchet

Dre Camylle St-Laurent

DÉBUT DU STAGE

Se présenter à 7h45 le lundi matin à la clinique externe de chirurgie, au rez-de-chaussée (C-R100)
***Pour les étudiants hors Université Laval, se présenter à 8h00, au local JR015 de l'aire administrative du Pavillon de l'enseignement médical, pour y rencontrer Mme Chenard. Elle pourra vous faire visiter les lieux.**

HORAIRE

Un horaire est remis à l'externe par madame Isabelle Rivard à la direction de l'enseignement avec les plages prévues à la clinique externe et en salle d'opération.

GARDES ET TOURNÉE DE FIN DE SEMAINE

- **2 gardes de semaine (17h à 22h)**
- **1 tournée à l'étage + 1 garde la même journée durant une fin de semaine (8h à 22h).**

Dates à remettre au responsable de stage durant la première semaine. D'autres gardes peuvent s'ajouter selon le vouloir de l'externe.

CONSULTATIONS

Le nombre de consultations à l'urgence et à l'étage est variable. Le chirurgien de garde avise l'externe lorsqu'il y a des consultations à faire.

VISIOCONFÉRENCES

Visioconférences sont présentées et obligatoires les mercredis matin à 7h30 à la salle D-5116.

SALLE D'OPÉRATION

Lorsque vous êtes cédulés en salle d'opération, vous êtes responsable d'aller voir le programme la veille au secrétariat du bloc opératoire afin de pouvoir lire sur les pathologies/chirurgies prévues.

Le matin de votre journée en salle d'opération, vous devez consulter le dossier médical du premier patient qui sera opéré avant 7h45 pour connaître l'histoire de cas et l'indication opératoire. Vous devez voir également les autres dossiers et patients durant la journée.

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE

ÉVALUATION

Âge

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Allergies, Habitus (Tabac, alcool, drogue)

Médication

****Porter une attention particulière aux**

- **antiplaquettaires** : aspirine, clopidogrel (Plavix), Prasugrel (Effient), Ticagrelor (Brilinta)...
- **anticoagulants** : Héparine, HBPM (Daltéparine (Fragmin), Enoxaparine (Lovenox), Warfarine (Coumadin), Anti Xa directs (Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis)), inhibiteurs de thrombine (Dabigatran (Pradaxa))...
- **corticostéroïdes (dose et durée de traitement)**

Histoire de la maladie actuelle

Statut fonctionnel et comorbidités : cardiaque, pulmonaire, rénale, diabète (**tout ce qui pourrait empêcher d'opérer le patient ou compliquer le post-opératoire, et qui nécessiterait une évaluation par un consultant**).

Examen physique (cœur, poumons, abdomen et cibler autres systèmes selon pathologie)

Résultats d'investigation

PRESCRIPTIONS

Ces indications sont des prescriptions générales, qui demandent toutefois à être adaptées selon la situation clinique et selon le chirurgien traitant.

Médicales

- NPO à minuit la veille de la chirurgie
- Typer/dépister (détermination du groupe sanguin) : à discuter avec le chirurgien.
ou
- Grouper/croiser 2 culots (culots croisés avec le GS du patient, et mis en réserve) : chirurgies abdominales majeures et thoraciques

Médicamenteuses

Antibioprophylaxie

Propre	Ø antibiotique nécessaire
Propre avec installation de corps étranger	Ancef 2 g IV à l'induction selon le cas Clinda 900 mg IV à l'induction (si allergie à la pénicilline)
Chirurgie propre-Thoracique	Ancef ou Clinda
Digestif haut	Ancef ou Clinda
Digestif bas	Ancef et Flagyl 500 mg IV à l'induction Cipro 400 mg IV et Flagyl 500 mg IV (si all à la pénicilline)

Thromboprophylaxie

Héparine 5000 unités SC à l'induction

HBPM : Levenox) 40 mg SC ou Fragmin 5000 U s/c à l'induction (en cas de cancer).

Couverture corticostéroïdes¹

Nonsuppressed HPA axis

We suggest that the following groups of patients do not need additional perioperative glucocorticoid coverage because they are **not** considered to have suppression of their HPA axis:

- Any patient who has been taking any dose of glucocorticoid for less than three weeks [37].
- Patients who have received **morning** doses of **less** than 5 mg/day of [prednisone](#) or its equivalent, for any length of time.
- Patients being treated with **less** than 10 mg of [prednisone](#) or its equivalent every other day.

Suppressed HPA axis patients

In contrast, patients who should be assumed to have functional suppression of HPA function include:

- Any patient who is currently taking more than 20 mg/day of [prednisone](#) or its equivalent (eg, 16 mg/day of [methylprednisolone](#), 2 mg/day of [dexamethasone](#), or 80 mg/day of [hydrocortisone](#)) for **more than three weeks** [46].
- Any patient on glucocorticoids who has clinical Cushing's syndrome.

Intermediate patients (HPA suppression unknown)

We suggest that all patients in this intermediate category undergo preoperative evaluation of their HPA axis. (See '[Evaluation of HPA axis suppression](#)' below.)

Glucocorticoid use in past year

¹ UpToDate.com : The surgical patient taking glucocorticoids (mise à jour 23 sept. 2014, revue littérature février 2016)

Corticosteroid coverage for surgery in patients taking exogenous corticosteroids

For minor procedures or surgery under local anesthesia (eg, inguinal hernia repair), take usual morning steroid dose. No extra supplementation is necessary.
For moderate surgical stress (eg, lower extremity revascularization, total joint replacement), take usual morning steroid dose. Give 50 mg hydrocortisone intravenously just before the procedure and 25 mg of hydrocortisone every eight hours for 24 hours. Resume usual dose thereafter.
For major surgical stress (eg, esophagogastrectomy, total proctocolectomy, open heart surgery), take usual morning steroid dose. Give 100 mg of intravenous hydrocortisone before induction of anesthesia and 50 mg every eight hours for 24 hours. Taper dose by half per day to maintenance level.

Médication régulière

Le jour de la chirurgie, ne pas prescrire : ACE, ARA, diurétiques, hypoglycémifiants oraux

Anticoagulants :

- ASA – cesser 7 jours pré-op, pas systématiquement (selon le chirurgien)
- Plavix – cesser 7 à 10 jours pré-op (coloscopie : cesser 5 jours avant)
- Coumadin – cesser 5 jours pré-op et INR le am de la chirurgie, et prévoir fragmin dans l'intervalle au besoin
- NACO : Cas par cas

PARTICULARITÉS

Gastrectomie :

- Investigations : gastroscopie, biopsie, +/- écho-endo, TDM
- Ancef
- G/C 2 culots

Colorectal :

- Investigation : colonoscopie, TDM thoraco-abdo-pelvien
- Labos : CEA
- Préparation colique
 - Résection rectale et anastomose basse
 - Résection colique gauche ou sigmoïdectomie: 1 fleet la veille de la chirurgie, 1 fleet le am de la chirurgie
 - Résection colique droite : NON
 - Procédures rectales ou anales : 1 fleet la veille de la chirurgie, 1 fleet le am de la chirurgie
 - Préparation colique standard :
 - Picosalax : 1 sachet à 13h00 la veille de la chirurgie, 1 sachet à 19h00
 - Golytely : 4L la veille de la chirurgie
 - Diète liquide la veille de la chirurgie

- Ancef et Flagyl
- Durant chirurgie : Position lithotomie, bas séquentiels, sonde urinaire

Chirurgies non pratiquées durant le stage de chirurgie générale à Rimouski

Thyroïdectomie

- Investigation : résultats FNA, écho
- totale : dosage de parathormone en pré-opératoire
- aucun anticoagulant
- pas T/D
- pas d'héparine
- pas d'antibiotiques
- pas de bas pneumocompresseurs

Thoracique :

- Investigation : TDM, TFR (VEMS, CV), consult pneumo, RXP de base, PET-scan (évaluation ganglions médiastin)
- Ancef
- G/C 2 culots
- USI post-op (toutes les chirurgies pulmonaires)

Vasculaire

- Investigation : angio ou angio-CT, labo vasculaire, évaluation cardiaque
- Poursuivre ASA et plavix
- Ancef
- G/C 2 culots chirurgie périphérique, G/C 4 culots chirurgie aortique
- Aorte : USI post-op

CHIRURGIES

Les patients entrent en salle d'opération vers 8h. La chirurgie commencera ensuite une fois le patient anesthésié.

- Il est profitable d'arriver avant le début afin de prendre connaissance du dossier et de la consultation pré-opératoire.
- Des uniformes sont disponibles dans les vestiaires au 5^e C. (C-5062 et C-5068).
- Aviser les infirmiers (ères) de la salle concernant votre grandeur d'uniforme et de gants chirurgicaux.
- Portez des lunettes de protection (disponibles au bloc opératoire si vous n'en avez pas).

NOTE OPÉRATOIRE

Patient hospitalisé (**CMJ**):

Patient en chirurgie d'un jour (**CDJ**) :

	Drogues	Exemples = Diurèse : 300 cc / 8h Drains : 25 cc / 8h séro-sanguin Solutés M1F (Dextrose 5% + NaCl 0,9 %) à 80 ou 100 cc/h, +/- KCL 20 meq Analgesie • Tylenol 325 mg 3co PO/IR q 6h régulier ou PRN • Dilaudid 1 mg PO ou sc q 4h PRN Antiémétiques : • Gravol 50 mg PO/IR/IV q 6h PRN • Zofran 4 mg IV q 8h PRN Antibioprophylaxie • Ancef 2g IV à l'induction • Flagyl 500mg à l'induction (selon le cas) Thromboprophylaxie • Héparine 5000 U SC q 12h ou • HBPM Fragmin 5000 U sc die ou lovenox 40 mg s/c die Médication usuelle (sauf IECA, ARA, diurétiques, anticoagulants).
	Divers (selon le cas)	Anastomose colo-rectale : Aucune manœuvre rectale Jéjunostomie : Irriguer jéjunostomie avec 10cc NS TID. Ne pas débiter gavage avant avis de chirurgie TNG/ enseignement PRN stomie / Rendez-vous à la clinique externe post-opératoire (3 à 6 semaines selon le cas)

PRESCRIPTIONS POSTOPÉRATOIRES (GASTRECTOMIE VERTICALE)

D	Diète	H ₂ O le jour même Diète claire le lendemain
A	Activités	Faire marcher le soir Retirer bas séquentiels le lendemain Inspirex q 1h x 5 min
V	Signes Vitaux	SV routine (QID)
I	Investigations	FSC, ions, U/C le lendemain
D	Diurèse	Bilan ingesta/excreta. Aviser si diurèse moins de 200 cc/8h. KT q 6h PRN.
	Drogues	Cesser soluté lorsque le patient s'hydrate Dexilant 60 mg PO die durant l'hospitalisation Prévacid Fast tab 30 mg PO die x 1 mois Multivitamines x 1 an

		Thromboprophylaxie • Héparine 5000 u sc à l'induction et le soir de la chirurgie • Fragmin 5000 u ou 7500 u sc die (dose selon le cas) Analgésie • Tylenol 1 g PO/IR q 6h PRN • Dilaudid 1 mg PO ou sc q 4h PRN Antiémétiques • Gravol 50 mg PO/IR/IV q 6h prn • Zofran 4 mg IV q 8h PRN Médication usuelle (sauf IECA, ARA, diurétiques, anticoagulants).
	Divers	Sevrer O2 si Sat > 92 % Enseignement fragmin (Patient sera anticoagulé environ 25 jours) Rendez-vous clinique externe dans 4-6 semaines ou selon chirurgien

SUIVI POST-OPÉRATOIRE

Voir les post-op rapprochés en premier (po 1 et 2 ou fraîchement sortis de soins), puis les départs.

Préparer les départs d'avance lorsqu'ils sont anticipés, idéalement la veille. S'assurer que le patron est consulté pour le départ.

Histoire

SV et température

Examen physique

Cœur, poumons, abdomen

Membres inférieurs

Vérifier plaies et pansements.

Bilan I/O (diurèse, drains) = Inscrire la diurèse et écoulement des drains sur une période de 8h à 24h (ex. : 200cc/8h) – Décrire le liquide des différents drains (ex. : sérosanguin, séreux, brunâtre, purulent)

Labo

IMPRESSION

PLAN

PO #1

- ajout de KCl dans le soluté (20mEq/L)
- évaluer arrêt du soluté
- cesser bas séquentiels si thromboprophylaxie en cours

PO #2-3

- voir plaie
- Évaluer résorption du 3e espace (Débâcle urinaire) et pertinence de diminuer les solutés

En tout temps, évaluer la pertinence des différents drains et sonde (Jackson-Pratt, sonde urinaire, voie centrale, soluté)

ALIMENTATION

Débuter précocement avec diète liquide ou lorsque le transit est repris (gaz, selles, absence de No/Vo).

Pour les chirurgies digestives hautes à risque, attendre le résultat de la gorgée à l'hydrosoluble pour confirmer l'absence de fuite selon le cas.

STOMIES

- suivre le drainage de la stomie
- coloration de la stomie
- enseignement de stomie par les stomothérapeutes à demander lorsque le patient sera prêt à quitter

NUTRITION

Patients avec jéjunostomie :

- Demander nutritionniste pour gavage
- Débuter gavages 10cc/h si peu ballonné en PO#1 ou 2 augmentation selon tolérance ensuite

NPO depuis plus de 7 jours

- Autre voie alimentation
- Gavages si possible
- APT (alimentation parentérale totale) si tube digestif ne peut être utilisé (iléus, occlusion) : Consultation en médecine interne et suivi pharmacie.
-

Patients qui s'alimentent mais dénutrition : Ensure TID

Ne pas hésiter à demander la nutrition

GASTRECTOMIE/ŒSOPHAGECTOMIE :

Gorgée à l'hydrosoluble avant de débiter alimentation (pas systématique).

RÉADAPTATION

Ne pas hésiter à demander la physio et l'ergo précocement.

TUBES : CATHÉTERS ET DRAINS

Chaque jour évaluer la pertinence de chacun des tubes dans le patient (sonde, voie centrale, drains....).

Noter la quantité et la qualité du drainage des divers drains.

Pour savoir comment gérer un drain, il faut se rappeler pourquoi il a été laissé en place pour savoir quand s'inquiéter et quand l'enlever.

- dissections ganglionnaires : retrait du drain lorsque <30cc/24h pour deux jours consécutifs (le patient quitte avec son drain, il faut demander la liaison dans ces cas).
- Mastectomies : idem aux dissections ganglionnaires.

- Drain thoracique : retrait lorsque pas de fuite, ré-expansion pulmonaire complète au RXP, et drainage acceptable

Retrait des drains

****Ne pas retirer les drains sans l'autorisation du patron.****

- TNG
 - Succion low-intermittent ou drainage libre
 - Suivi quantité de drainage (/8 h)
- Sonde urinaire : retrait PO 1 ou 2 (ou selon le cas)
 - Chirurgie avec réparation vésicale : garder ad cystographie normale
 - Garder tant qu'épidurale en place selon le cas, retirer au retrait de l'épidurale / KT q 6h prn au retrait de la sonde
- Drain thoracique :
 - Suivi du RXP DIE
 - Suivi drainage, fluctuation et fuite (bulles)
- Drain Jackson-pratt (« JP » drain aspiratif - petit drain rond avec une poire)
- Drain Penrose (drain par capillarité - drain en caoutchouc plat)
- Jéjunostomie : pour gavage post-op, ne pas retirer durant hospitalisation

DÉPARTS

Critères de départ :

- S'alimente
 - Urine normalement (ou départ avec sonde)
 - SV normaux, pas de T°
 - Transit + (Au moins passage de gaz)
 - Déplacement/mobilisation sécuritaire
-
- Y penser un peu d'avance pour sauver du temps et de l'organisation...
 - Feuille sommaire (feuille blanche ou rose) : doit être complétée lorsque le patient quitte, habituellement par les externes, à vérifier et signer.
 - Faire libérer par les consultants
 - Prescriptions
 - Médicaments
 - Congé de travail, au besoin
 - Rendez-vous de suivi
 - Feuilles de radiologie si examen de suivi prévu
 - Demande de liaison : remplir à l'avance quand on sait que le patient en aura peut-être besoin
 - Suivi au CLSC (pansements, drains, etc)
 - Anticoagulothérapie : S'assurer de suivi avec médecin de famille/Cardio/clinique d'anticoagulation
 - Les départs signés par les externes doivent être contresignés.

PROBLÈMES FRÉQUENTS

Voici quelques réponses aux problématiques fréquemment rencontrées sur la garde en chirurgie générale.

JÉJUNOSTOMIE BLOQUÉE

- Dabord tentative irrigation
- Protocole de cotazymes

TEMPÉRATURE POST-OPÉRATOIRE

Immédiate – Durant ou dans les heures suivant la chirurgie

- Médication ou produits sanguins reçus avant ou durant la chirurgie
- Réponse inflammatoire secondaire au traumatisme de la chirurgie (se résout dans les 2 à 3 jours suivant la chirurgie)
- Infection présente avant la chirurgie
- Infection précoce de plaies
- Pas de bilan septique habituellement nécessaire

Aigüe

PO #1-2

- Atélectasie (possiblement pas une cause de température élevée)
- Infection précoce de plaie (streptocoque gr. A, Clostridium perfringens)

PO #3-7

- Infection urinaire
- Infection site chirurgical, cathéter, fuite anastomotique (tachycardie, hypotension, oligurie, douleur abdominale)
- Pancréatite, infarctus du myocarde, sevrage d'alcool,

Subaigüe

PO >8

- Abscess post-op : il faut de 5 à 7 jours pour qu'un abcès puisse se former et soit visible à l'imagerie
- TPP, embolie pulmonaire (peut arriver à n'importe quel moment, mais plus commun PO 8-10)
- Infections nosocomiales (C. difficile)
- Pyélonéphrite, sérome/biliome/hématome infecté, IVRS, abcès péri-rectal, cholécystite

Aide mémoire

- Wind : pneumonie
- Wound : infection plaie, fistule, ...
- Water : infection urinaire
- Waste : tractus gastrointestinal inférieur
- Wonder drugs : médicamenteux (antibiotiques)
- Walk : Thrombose (TVP, EP)

TNG

Arraché : post-op gastrectomie: ne pas réinstaller

NAUSÉES OU VOMISSEMENTS

- Évaluer si iléus et nécessité de mettre un TNG
- Gravol : peut être répété, ad 100 mg IV q 6h
- **Ajout autre anti-émétique au besoin : Zofran (ondansétron) 4 mg IV q 6h prn, stémétil 10mg IV q 6h prn**
- Ne pas donner Maxéran (métoclopramide) en post-op immédiat de chirurgie digestive

DIURÈSES INSUFFISANTE

- Normale si $> 30 \text{ cc/h}$ ou $240\text{cc}/8\text{h}$ ($0,5\text{cc}/\text{kg}/\text{h}$) = De plus, l'hydratation IV post-op lors d'une chirurgie élektive est diminuée ($<200\text{cc}/8\text{h}$ = aviser mais la quantité totale d'urine voulue est variable d'un médecin à l'autre)
- Vérifier la sonde (qu'elle ne soit pas bloquée !!)
- PO 0 et 1 : Besoin de volume à cause du transfert vers le 3e espace
 - Bolus de 500cc LR
- PO 2 : La résorption du 3e espace s'amorce habituellement (se méfier car risque si patient insuffisant cardiaque)
 - Diminuer les solutés et Lasix au besoin
- En tout temps évaluer s'il y a d'autres facteurs qui peuvent expliquer :
 - Saignement
 - Hypotension associée, dosage Hb
 - Stomie (augmentation des pertes)
 - TNG (augmentation des pertes)
- Urée et créatinine pour évaluer la fonction rénale.

DRS

Évaluer les causes fréquentes de DRS : SCA, Embolie pulmonaire, pneumothorax, ...

- Évaluation clinique : hx et SV
- ECG
- RXP
- CK, tropo : répéter q 8h x 2
- Gaz capillaire

Si SCA : demander consultation en cardio.

CLINIQUE EXTERNE

Débute à 8h00 le matin et 12h50 (clinique du sein) ou 13h en après-midi.

L'infirmière appelle les patients dans les salles, on va les voir, puis on révisé avec le patron.

Présentations courantes : Maladies du sein, lésions cutanées, hernies, rectorragies, pathologies des voies biliaires et colorectales.

- Suivi : ne pas questionner les antécédents
- Rx : ce sont les anticoagulants et cortico qui sont importants de demander
- Un dessin vaut mille mots! (neavus, masse au sein...)
- Nævus : Les règles ABCDE d'identification du mélanome²
 - Asymétrie
 - Bordure, irrégularité du bord
 - Couleur, diversité de couleur : Tonalités variables, couleurs variables
 - Diamètre > 6 mm : On mesure l'axe le plus long
 - Évolution : Changement d'aspect, de couleur
- Rectorragie : Coloscopie à tout le monde >50 ans / < 50 ans selon le chirurgien

CLINIQUE DU SEIN

Vous aurez plusieurs occasions de faire de la Clinique du sein.

Au questionnaire :

ATCD familiaux

Néo sein, ovaire, prostate

ATCD gynéco/obstétriques

GPA

Âge ménarche

Âge ménopause

Allaitement

RDS

Évaluation des Sx reliés à la présence de métastases (os > poumons > foie > cerveau)

- Osseuses : Douleurs osseuses (nuit)
- Pulmonaires: Dyspnée, douleur thoracique, toux
- Hépatiques : Douleur abdominale, No/Vo, ictère, perte d'appétit

² Maladies cutanées : Diagnostic et traitement, Habif et al., 2^e édition, Elsevier Masson, 2012, p. 516

- Cérébrales : Céphalée progressive, trouble de la vision, convulsions, sx neuro focaux

Investigations

Mammographie de dépistage

PQDCS : mammographie tous les 2 ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans.

Si masse observée par la patiente : mammographie diagnostique

Si anomalie :

Mammographie agrandissement/compression

Échographie

Bilan d'extension selon le cas

Scintigraphie osseuse

TDM thoraco-abdomino-pelvien

Options chirurgicales

Mastectomie partielle (avec harpon si masse non palpable)

Mastectomie totale

Aisselle : Ganglion sentinelle vs évidemment axillaire

Traitements

Radiothérapie (dans la plupart des cas de mastectomie partielle)

Chimiothérapie

Thérapie endocrinienne

Tamoxifène si pré-ménopause

Inhibiteur de l'aromatase si ménopause

Rappels Importants

- À ne pas oublier
 - Faire une photocopie de votre horaire et l'afficher sur le babillard de l'enseignement à la clinique de chirurgie.
 - Inscrire vos 2 gardes de semaine et 1 tournée/garde de fds sur votre horaire en début de stage.
 - Faire les consultations à l'urgence / étage, dans un délai raisonnable : à discuter avec le chirurgien de garde.
 - Toujours remplir d'avance la feuille sommaire pour les patients que vous suivez.
 - Vous devez suivre à l'étage environ 3 à 4 patients durant le stage. Vous prendrez en charge les patients que vous avez évalué à l'urgence ou que vous étiez présent en SOP lors de la chirurgie. Si vous avez trop de patients, vous pouvez arrêter le suivi en avisant le chirurgien responsable de celui-ci.
 - Vous pouvez connaître les chambres de vos patients sur l'ordinateur au 4^e C à côté de l'imprimante ou sur MédiClinic.
 - Aviser le responsable du stage pour l'obtention d'une rétroaction de mi-stage.
 - Aviser le responsable du stage durant la première semaine si vous avez une observation directe à faire.
 - Lire ce document plusieurs fois avant et durant le stage.
- Être ponctuel
 - 7h40 : Rencontre du premier patient et évaluation du dossier en SOP avant la chirurgie. Ne pas oublier les autres patients de la journée.
 - 8h00 / 13h00 : Clinique externe (12h50 : Clinique du sein)
 - Cours du mercredi matin obligatoire : 7h30.
 - Votre tournée médicale doit s'effectuer avant le début des activités clinique / SOP. Il est de votre responsabilité de bien organiser votre temps. Vous devez avoir vu tous vos patients et écrit vos notes avant les activités cliniques et la SOP.
- Motivation
 - Questions bien accueillies par les patrons dans les moments opportuns.
 - Lectures sur les pathologies rencontrées durant le stage et sujets pertinents
 - L'abc des solutés (Article dans le Médecin du Québec)
 - Causes de l'abdomen aigu
 - Pathologies fréquentes
 - Appendicite aiguë
 - Pathologies des voies biliaires
 - Hernies ventrales et crurales
 - Occlusion intestinale sur le grêle et le colon
 - Néoplasie du sein
 - Cancer colo-rectal
 - Connaissances de l'anatomie des cas en SOP
 - Vous pouvez consulter l'horaire et connaître les types d'opération qui auront lieu à partir de 15h30 la veille dans le salon des chirurgiens.
 - Connaître les médicaments inscrits dans ce document avant le début du stage.
 - Toujours vérifier les examens de laboratoire de vos patients et idéalement les noter au dossier médical.
 - Revoir les patients que vous suivez deux fois par jour ou plus si nécessaire selon l'état clinique. Écrire une note médicale à chaque visite.

- Pratique des nœuds à deux mains à la maison (en premier lieu). Vous pouvez utiliser des vidéos sur Youtube pour apprendre la technique de base. Puis, vous pourrez mettre le tout en pratique en SOP.
 - Révision des notes d'évolution avec le patron responsable de votre patient / Vous êtes invités à être présent avec le patron responsable de votre patient durant son évaluation médicale quotidienne.
- Respect
 - Toujours vouvoyer vos patients et les patrons
 - Ne pas répondre au téléphone / Utiliser internet / Envoyer des textos lors d'une entrevue médicale.
- Efficacité
 - Notes médicales succinctes mais complètes.
 - Ne pas perdre de temps lors de la consultation du dossier antérieur.

Bon stage en Chirurgie Générale !!!!!!!!!!!!!!!