CONCOURS SUR EPREUVES POUR LE RECRUTEMENT DE SECRETAIRES MEDICAUX

- :- :- :- :- :-

INTERNE – EXTERNE – EMPLOIS PRECAIRES

1ER FEVRIER 2000

- :- :- :- :- :-

2 ème épreuve écrite et anonyme d'admissibilité :

Etude de documents en relation avec l'exercice de la profession comportant la définition de termes médicaux d'usage courant placés dans un contexte professionnel.
- Durée 3 heures - notée sur 20 – coefficient 3 –
(toute note égale ou inférieure à 5 est éliminatoire après délibération du Jury)

1 ère QUESTION (Copie de couleur blanche) – Notée sur 10
Compte rendu d'hospitalisation

- Répondre aux questions :

- sur la définition des termes médicaux

- sur les termes médicaux correspondant aux définitions

2 ème QUESTION (Copie de couleur rose) – Notée sur 10

A partir des informations fournies correspondantes à un profil de poste de secrétaire médical, dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital X, vous répondez au 3 questions suivantes :

1) Quelles sont les outils nécessaires à cette secrétaire ?
2) Quelles sont les compétences attendues?
3) Quelles sont les qualités dont elle doit faire preuve ?

Conclusion d'hospitalisation concernant Monsieur F... Gérard – 62 ans –

Motif d'hospitalisation :
Douleurs thoraciques.

Antécédents et histoire de la maladie :
Facteurs de risque cardiovasculaires : tabagisme à 45 paquets/année, hypercholestérolémie non traitée. Pas d'insuffisance coronarienne familiale. Pas d'hypertension artérielle, ni diabète, ni surcharge pondérale. Pas d'autres antécédent médico-chirurgical particulier.
Le 1er décembre 1998, survenue à 2 heures du matin de manière brutale d'une douleur rétrosternale constrictive intense, prolongée, avec irradiation mandibulaire et brachiale gauche durant près de deux heures. Le SAMU est appelé en urgence. A son arrivée, l'état hémodynamique du patient est satisfaisant. Il y a toujours une douleur thoracique intense. L'électrocardiogramme met en évidence un courant de lésion sous-épicardique dans le territoire antérieur étendu. Il est immédiatement institué un traitement fibrinolytique par voie intra-veineuse et le patient est transféré en Unité de Soins Intensifs.

Examen clinique :
Pression artérielle : 132/84. Souffle méso-systolique 1/6ème avec B2 conservé. Pas de signe d'insuffisance cardiaque. Souffle carotidien droit. Le reste de l'examen est normal.

Electrocardiogramme :
Rythme sinusal. Espace PR normal. Courant de lésion sous-épicardique avec onde en dôme de Pardee dans le territoire antérieur étendu (V1 à V6 et D1 à VL). Sous-décalage du segment ST en miroir dans les dérivations postérieures.

Radiographie pulmonaire :
Index cardio-thoracique normal. Discrète surcharge vasculaire bilatérale.

Biologie :
Augmentation de la Troponine à 80 µmol/litre. Cholestérol à 2,70 g/l. LDL/cholestérol à 1,60 g/l. Triglycérides à 2,40 g/l. Le reste du bilan biologique est normal.

Evolution :
Il s'agissait donc d'un infarctus antérieur étendu en constitution, vu précocément et qui a été traité par fibrinolytiques. L'évolution en Unité de Soins Intensifs sera simple. Il n'y aura aucune récidive douloureuse. L'hémodynamique sera stable.
Au 8ème jour, devant une épreuve d'effort positive, il sera réalisé une exploration coronarographique dont les résultats sont les suivants :
- ventriculographie gauche : hypokinésie antéro-apicale marquée
- fraction d'éjection à 68 %
- index de volume télédiastolique à 80 ml/m²
- pas de fuite mitrale
- pression télédiastolique du ventricule gauche à 16 mmHg.

Coronarographie gauche : lésion à 70 % du tronc commun de la coronaire gauche. Lésion serrée de l'artère inter-ventriculaire antérieure proximale. Artère circonflexe irrégulière.
Coronaire droite irrégulière.
Devant la constatation d'une lésion serrée du tronc commun de la coronaire gauche, le dossier du patient est discuté en réunion médico-chirurgicale et il est retenu l'indication de

COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION :

X Jules Né(e) le : 10/09/98
Date d'entrée : 10/09/98
Date de sortie : 23/11/1998

Mon cher confrère,
L'enfant est né le 10/09/98 à la Maternité de Charles Nicolle, après transfert in utero du Centre Hospitalier du Belvédère.

Il pesait 660 gr,, mesurait 31 cm et son périmètre crânien était de 24 cm. Né au terme de 30 semaines + 3 jours, il s'agit donc d'un enfant ***hypotrophe.***

IL A ETE HOSPITALISE à la naissance pour prise en charge de sa ***prématurité*** et de son hypotrophie.

• Grossesse :
- **5ème geste, 3ème pare**. Pas d'immunisation contre la ***toxoplasmose***. Retard de croissance intra-utérin
sévère découvert à 29 semaines ½. Hypertension artérielle maternelle traitée par Trandate, puis Loxen. Le doppler utérin est pathologique. La maman est hospitalisée à 29 semaines ½ au Belvédère dans un tableau ***d'éclampsie***. Elle reçoit une cure de corticoïdes le 09/09/98 et est transférée au CHU.

• Accouchement :
- Césarienne sous anesthésie générale pour retard de croissance intra-utérin et anomalie du rythme cardiaque fœtal.
- Annexes : cordon normal. Placenta pesant 240 g.
- Le score d'Apgar était de 5 à 1' et de 9 à 5'. ***Intubation*** à 20" de vie devant l'apparition de signes de lutte avec geignement, tirage et diminution de la ventilation spontanée. Transfert en Réanimation Pédiatrique.

SON SEJOUR AU C.H.U. s'est effectué dans le Service de Réanimation Pédiatrique, puis de Néonatologie.
- Les problèmes initiaux ont été les suivants :
En Réanimation Pédiatrique :

- Sur le plan respiratoire : très bonne tolérance de la ventilation avec de petites constantes. Jules est extubé à H4, mit en CPAP de façon systématique, puis en ventilation spontanée à H 15. La tolérance est bonne.

- Sur le plan métabolique : hypoglycémie précoce, puis hyperglycémie transitoire. ***Ictère*** traité par ***photothérapie***.

- Sur le plan infectieux : pas d'infection materno-fœtale.

- Sur le plan digestif : apparition d'un reflux gastro-œsophagien. Traitement anti-reflux.

- Sur le plan neurologique : bonne impression clinique. EEG et ETF normales.

- Sur le plan cardio-vasculaire : accident ischémique du membre inférieur gauche le 21/09/98 Découverte à l'écho doppler d'un thrombus au-dessus de la bifurcation aortique. Traitement par Héparine à dose efficace.

- L'évolution a été la suivante :

En Néonatologie :

- Retard de croissance intra utérin harmonieux d'origine vasculaire.

- Sur le plan respiratoire : apparition à J15 d'une oxygéno-dépendance nécessitant une oxygénothérapie par HOOD pendant 6 jours. Puis des aérosols de Pulmicort sont débutés à J19 pour suspicion de DBP débutante confirmée par les radiographies de thorax. La radiographie pulmonaire est en faveur d'une dysplasie broncho-pulmonaire à minima. Les aérosols de Pulmicort sont arrêtés le 1" novembre. Cliniquement, l'enfant est ***eupnéique***. Il n'existe pas de signes de détresse respiratoire.

- Sur le plan digestif-. Reflux gastro-œsophagien traité par Motilium, Gaviscon, épaississement du lait par Gélopectose. L'alimentation est bien tolérée, avec apparition à J23 d'un premier épisode de ***rectorragie*** isolée. L'AS? est normal. Le bilan infectieux est normal. Un nouvel épisode de rectorragie à J40 fait suspecter une entérocolite ulcéro-nécrosante et une antibiothérapie est débutée. Elle est arrêtée à H48 devant la bonne évolution clinique et l'absence d'argument en faveur de ce diagnostic. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une cause locale (marge anale normale). Un traitement symptomatique par Lactéol est entrepris pendant une semaine. De nouveaux épisodes de trace de sang dans les selles se reproduisent les 12 et 23/11.

1" biberon : Jules n'est plus gavé depuis le 17/11/99 (2 mois et l jours). Il est alimenté par allaitement maternel, complété par du lait pré (6 x 65 ml/j.) et supplémenté par de la Glutamine et des vitamines. La courbe de poids est régulièrement croissante, mais reste toujours au 3" percentile.

- Sur le plan hématologique : Jules est ***transfusé*** à 3 reprises pour anémie du prématuré.

- Sur le plan cardio-vasculaire : L'évolution du thrombus aortique est favorable après un traitement par Héparinothérapie pendant l mois (du 22/09 au 26/10/99). Il persiste un mini thrombus intra luminal à l'échographie du 21/10. Le TP est à 100%. Un bilan de coagulation est à effectuer à distance (à la recherche d'un éventuel facteur favorisant) vers l'âge de 6 mois.

- Sur le plan neurologique : bonne impression clinique. Les ***EEG*** de J2, J8 sont normaux. Les ***ETF*** de J6 et J21 sont normales. Le bilan neuromoteur fait à 37 semaines est normal.

Echotransfontanellaire -

- Sur le plan infectieux : pas de contexte d'infection matemo-fœtale. 2 épisodes de surinfection à J13 et J21 non confirmés. Thibault n'a pas posé de problème par la suite.

- Dernier taux d'hémoglobine : 7,7 mmoles/l le : 22 novembre 1999

- Nutrition : maternelle complétée par du lait pré

- Courbe de poids : croissante.

AU TOTAL
- Prématuré de 30 semaines + 3 jours, hypotrophe.
- Retard de croissance intra-utérin harmonieux, d'origine vasculaire.
- Reflux gastro-œsophagien traité.
- Thrombose aortique (bilan d'hémostase à compléter).

A LA SORTIE à l'âge de 40 semaines

- Examen somatique : normal.
- Etat neuro-sensoriel : normal.

- Comportement : normal.
- Ses mensurations sont les suivantes :
  Poids 2150 gr. Taille 43 cm PC 32 cm
- Allaitement : maternel, complété par du lait pré (6 x 70 ce)
- Ordonnance :
-Vitamines ADEC
- Ferrostrane à reprendre le 30 novembre.

- un rendez vous de ***Fond d'œil*** est prévu le 15 Janvier

Questions :

1 - Définir et /ou expliquer le termes qui ont été surlignés , mis en caractères gras et en italique.(15)

2 - Donner le nom ou l'adjectif ou la signification des abréviations correspondant aux définitions suivantes (15) :

Prélèvement de liquide amniotique dans l'abdomen maternel à des fins d'analyse

Ablation du prépuce

Menstruation douloureuse

Présence de sang dans les urines

Organe d'échanges entre le fœtus et la mère

Symptôme survenant au début d'une maladie

Contracture plus ou moins douloureuse des muscles du cou limitant les mouvements de rotation de la tête

Atténuation ou disparition temporaire des symptômes d'une maladie

Bourrelet fibreux développé sur une cicatrice

Attitude du corps allongé sur un plan horizontal

S.M.U.R

Asservissement d'un sujet à l'usage d'une drogue dont il a contracté l'habitude par un emploi plus ou moins répété

Spécialité médicale qui a pour l'objet l'étude du fœtus et du nouveau né avant, pendant et après la naissance, jusqu'au 28ème jour de vie

Technique visant à suppléer une fonction rénale défaillante en éliminant à la fois l'excès d'eau du corps et les produits de déchets du sang

Qui est impliqué dans l'apparition d'une tumeur cancéreuse

Etude de cas

(copie de couleur rose)

Vous trouverez ci- dessous le début d'un document correspondant au profil de poste de secrétaire médical.

Présentation du services

Le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital X est sous la responsabilité du Pr Z. Il comprend 5 pôles d'activités :

- une unité de préparation à l'accouchement et des consultations pré et post-natales
- une unité maternité
- une unité IVG
- une unité de gynécologie générale
- une unité d'électroradiologie spécifique à cette discipline.

Le poste à pourvoir se situe à l'accueil du service, en complément de deux postes déjà existant.

Tâches à accomplir

-Accueil des consultants et des visiteurs
- Gestion des RV pour les différents types de consultations
- Planning des interventions chirurgicales et des IVG
- Planning des cours de préparations à l'accouchement
- Réception téléphonique
- Saisie des comptes-rendus de consultations
- Préparation des dossiers de consultations et leur classement
- Gestion des relations interne entre les différents professionnels
- Gestion des urgences

Présentez sous forme de fiche le profil de ce poste, en répondant aux questions suivantes :

1) quelles sont les outils nécessaires à cette secrétaire ?
2) quelles sont les compétences attendues ?
3) quelles sont les qualités dont elle doit faire preuve ?