

EXEMPLE D'ÉPREUVES DIPLOME 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/

Guide du candidat : <https://www.lefrancaisdesaffaires.fr/tests-diplomes/outils-preparation-dfp/>

ACTIVITÉ 1

Vous exercez en tant que médecin généraliste.

Vous prescrivez des médicaments à deux de vos patient·e·s.

Pour chaque patient·e, rédigez votre ordonnance en vous appuyant

- sur la partie « Observations » du dossier médical de votre patient·e (document 1)

- Sur 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 veinolympatique. 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.	

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

Fait le 10/12/20XX

ORDONNANCE

Patiente : **Madame CLAUDINE BLANET**

- 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



01234567890

N° FINESS



012345678

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

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 :	ÉPISEDE 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.	

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

Fait le 10/12/20XX

ORDONNANCE

Patient : *Monsieur FARID ZITOUNI*

- 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° FINES



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 le menu déroulant.

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 (document 1) avec les éléments proposés (document 2).

DOCUMENT 1

DOSSIER PATIENT	
Nom : MIOSZEK	Âge : 58 ans
Prénom : Jean-Michel	
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 hémiparésie 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.

Complétez la fiche de liaison avec les éléments proposés.

AVC

Aide partielle

Rééducation

Épouse

Kinésithérapie, orthophonie

23/09/20XX

Courrier et ordonnance

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 :

Radiologie	Endoscopie	Autre
IRM		

Ce jour :

Constantes			
Pouls :	TA :	Température :	Diurèse :
80	14/09	37°1	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 glisser-déposer les éléments du dossier dans la zone prévue à cet effet.

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 avec les éléments suivants :

Conseils traitements	Enfants de 5 à 11 ans	Fortes démangeaisons	Pas de sèche-cheveux
Plantes médicinales	Transmission	Traitements chimiques	Utiliser un peigne anti-lentes

POUX DE TÊTE

Par ex. selfies

Contacts rapprochés

Symptômes

Symptômes dans seulement 40% des cas

Plaques rouges

Bons conseils & Prévention

Faire tremper peignes, brosses et barrettes à cheveux dans de l'eau à 60°C avec du savon

Attacher les cheveux

~~Utiliser un sèche-cheveux~~

Aller à l'école (sauf exception)

Contrôler les cheveux de l'entourage

Rincer les cheveux avec de l'eau vinaigrée

Groupe d'âge concerné

Saule (Salix alba)

Lavande (Lavandula angustifolia)
Appliquer en huile essentielle, en prévention

Henné neutre (Lawsonia inermis), surtout en prévention

Malathion, dermethrine, perméthrine, lindane, pyréthrine...

RECOMMANDE

Traitements physiques

Diméticone

Huiles minérales

Huile de neem

Huile de coco

Octane-1,2-diol

Appliquer ces gels ou shampoings au plus près de la racine

Bien masser

Utiliser un peigne anti-lentes

8 à 10 Jrs

Répéter l'application (traitements physique et chimique)

Copyright Creapharma.ch 2019

Références: www.creapharma.ch/poux.htm

PN-POUX-F-V-1-4

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra glisser-déposer les éléments du dossier dans la zone prévue à cet effet.

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).

Complétez le protocole de soins en fonction des soins apportés.

Cochez les soins effectués.

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
- Surveillance du sommeil
- 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 cliquer sur les soins effectués

ACTIVITÉ 5

Vous êtes un·e professionnel·le de santé.
Un patient vous consulte.



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

Courbatures

Fatigue

Fièvre

Frissons

Mal de gorge

Toux sèche

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

DOSSIER PATIENT					
IDENTITÉ					
NOM :	Prénom :	Civilité :	Né-e le :	Code/Réf. :	Date de l'observation :
GAGNON	Adrien	Monsieur	18/06/1976	534-DS-F8	JJ/MM/AAAA
OBSERVATIONS :					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra glisser-déposer dans l'ordre les 6 symptômes évoqués par le patient.

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 en rapport avec le cas.

DOCUMENT 1

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

Exemple d'épreuves – Diplôme de français de la Santé B1 Comprendre et traiter l'information

VOTRE LETTRE DE RECOMMANDATION (80-100 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° PINESS



01234567890

0123456789

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 : 5 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
21/11/2019	Consultation 21/11/2019 pour troubles de la vision et somnolence -> Prise de sang (glycémie à jeun)
25/11/2019	glycémie à jeun = 1.27g/l, à confirmer
09/12/2019	glycémie à jeun = 1.28g/l -> diagnostic : Diabète Type 2, stade 1 : insulino-résistance

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 gazeuse
- ◆ 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

ADOPTION D'UN MODE DE VIE ACTIF

- ◆ activité physique : privilégier sport (ex. stretching, marche nordique) en groupe (ex. associations → motivation, soutien psychologique)
- ◆ 150 minutes 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 : privilégiez un sommeil de qualité; réduisez votre consommation de caféine ; dressez une liste des priorités et déléguez certaines tâches; fixez-vous des objectifs réalistes;

TRAITEMENT 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

ACTIVITÉ 2

Préparation : 10 minutes *[recommandé]*

Passation : 5 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.


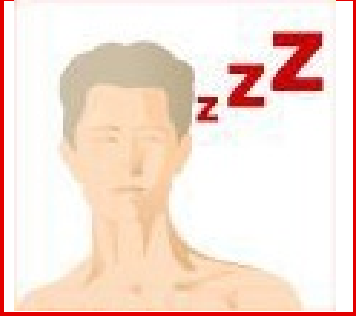



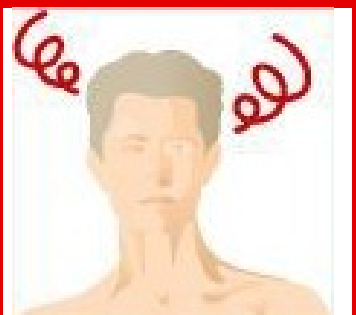
Tâche :

Appuyez-vous sur les documents à votre disposition pour

- Présenter les symptômes d'un coup de chaleur,
- Faire des recommandations de prévention.

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 + Brumisateurs/ linges humides (distribués par le personnel de l'établissement de santé)
- ✦ Séjour dans la pièce rafraîchie 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)