

CAHIER DE L'ÉTUDIANT

UQAC

Université du Québec
à Chicoutimi

**UNITÉ D'ENSEIGNEMENT EN PHYSIOTHÉRAPIE
DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI**

CAHIER DE L'ÉTUDIANT·E

INSTRUCTIONS:

- Remplir le formulaire en version électronique
- Imprimer le cahier complété et le faire signer aux endroits appropriés (dernière page)

Identification

Nom : -

Prénom : -

Code permanent : -

Adresse

Numéro : -

Rue : -

Ville : -

Province : -

Code Postal : -

Numéro(s) de téléphone :

-

-

Courriel : -

Niveau de stage : 1- 2- 3- 4-

Lieu de stage / Nom du/de la professeur·e de clinique : -

Inventaire de dossiers cliniques

Stage clinique: I II III IV

Nom de l'étudiant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de l'établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Légende :** C= Complet O= Observé P= Partiel S= Supervision Tx= Traitement
 CR= Cardiorespiratoire N= Neurologie O= Orthopédie Au= Autre : préciser le domaine
 PII= Plan d'intervention

DIAGNOSTIC - chirurgie (si applicable)	Âge	Genre	Dates	ÉVALUATION: (C, O, P, S)	TX: (C, O, P, S)	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION ET/OU DES TX RÉALISÉS <u>et</u> % approximatif du temps consacré dans les domaines de pratique (CR/N/O/Au)
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Ce formulaire obligatoire est à compléter par l'étudiant. Les cas cliniques significatifs doivent être consignés. Chaque page doit être initialisée par le PCP.

Initiales (ÉTUDIANT-E) _____

Initiales (PCP) _____

Inventaire de dossiers cliniques

Stage clinique : I II III IV

Nom de l'étudiant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de l'établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Légende :**

C= Complet O= Observé P= Partiel S= Supervision Tx= Traitement
 CR= Cardiorespiratoire N= Neurologie O= Orthopédie Au= Autre : préciser le domaine
 PII= Plan d'intervention individualisé

DIAGNOSTIC - chirurgie (si applicable)	Âge	Genre	Dates	ÉVALUATION: (C, O, P, S)	TX: (C, O, P, S)	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION ET/OU DES TX RÉALISÉS <u>et</u> % approximatif du temps consacré dans les domaines de pratique (CR/N/O/Au)
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Ce formulaire obligatoire est à compléter par l'étudiant. Les cas cliniques significatifs doivent être consignés. Chaque page doit être initialisée par le PCP.

Initiales (ÉTUDIANT-E) _____

Initiales (PCP) _____

Inventaire de dossiers cliniques

Stage clinique : I II III IV

Nom de l'étudiant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de l'établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Légende :** C= Complet O= Observé P= Partiel S= Supervision Tx= Traitement
 CR= Cardiorespiratoire N= Neurologie O= Orthopédie Au= Autre : préciser le domaine
 PII= Plan d'intervention individualisé

DIAGNOSTIC - chirurgie (si applicable)	Âge	Genre	Dates	ÉVALUATION: (C, O, P, S)	TX: (C, O, P, S)	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION ET/OU DES TX RÉALISÉS <u>et</u> % approximatif du temps consacré dans les domaines de pratique (CR/N/O/Au)
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Ce formulaire obligatoire est à compléter par l'étudiant. Les cas cliniques significatifs doivent être consignés. Chaque page doit être initialisée par le PCP.

Initiales (ÉTUDIANT-E) _____

Initiales (PCP) _____

Inventaire de dossiers cliniques

Stage Clinique : I II III IV

Nom de l'étudiant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de l'établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Légende :**

C= Complet O= Observé P= Partiel S= Supervision Tx= Traitement
 CR= Cardiorespiratoire N= Neurologie O= Orthopédie Au= Autre : préciser le domaine
 PII= Plan d'intervention individualisé

DIAGNOSTIC - chirurgie (si applicable)	Âge	Genre	Dates	ÉVALUATION: (C, O, P, S)	TX: (C, O, P, S)	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION ET/OU DES TX RÉALISÉS <u>et</u> % approximatif du temps consacré dans les domaines de pratique (CR/N/O/Au)
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Ce formulaire obligatoire est à compléter par l'étudiant. Les cas cliniques significatifs doivent être consignés. Chaque page doit être initialisée par le PCP.

Initiales (ÉTUDIANT-E) _____

Initiales (PCP) _____

Inventaire de dossiers cliniques

Stage clinique : I II III IV

Nom de l'étudiant : Cliquez ici pour entrer du texte.

Nom de l'établissement : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Légende :**

C= Complet O= Observé P= Partiel S= Supervision Tx= Traitement
 CR= Cardiorespiratoire N= Neurologie O= Orthopédie Au= Autre : préciser le domaine
 PII= Plan d'intervention individualisé

DIAGNOSTIC - chirurgie (si applicable)	Âge	Genre	Dates	ÉVALUATION: (C, O, P, S)	TX: (C, O, P, S)	DÉTAILS DE L'ÉVALUATION ET/OU DES TX RÉALISÉS <u>et</u> % approximatif du temps consacré dans les domaines de pratique (CR/N/O/Au)
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				

Ce formulaire obligatoire est à compléter par l'étudiant. Les cas cliniques significatifs doivent être consignés. Chaque page doit être initialisée par le PCP.

Initiales (ÉTUDIANT-E)

Initiales (PCP)

ANNEXE 1 : Sécurité du patient

Est-il survenu un/des incident(s) pendant votre stage?

Incident(s)	Cocher si applicable
Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>

Description de ou des incident(s), si applicable.

Initiales (ÉTUDIANT)

Initiales (PCP)

ANNEXE 2 : Liste de contrôle des interventions cardiorespiratoires



NATIONAL
ASSOCIATION FOR
CLINICAL
EDUCATION IN
PHYSIOTHERAPY

ASSOCIATION
NATIONALE POUR
L'ÉDUCATION
CLINIQUE EN
PHYSIOTHÉRAPIE

LISTE DE CONTRÔLE DES INTERVENTIONS CARDIORESPIRATOIRES à l'intention des étudiants-es débutants-es en physiothérapie – Version abrégée

Les objectifs de la liste de contrôle en physiothérapie cardiorespiratoire (PCR) sont les suivants :

- 1) s'assurer que les étudiants-es en physiothérapie acquièrent de l'expérience relativement aux habiletés, attitudes et comportements dans le domaine de la PCR afin de posséder les compétences minimales attendues de physiothérapeutes débutants-es avant l'obtention du diplôme
- ; 2) fournir des directives aux superviseurs-es cliniques en ce qui concerne les secteurs dans lesquels les compétences en PCR peuvent être évaluées et 3) encourager les étudiants-es, les superviseurs-es cliniques et les établissements à reconnaître que tout milieu clinique peut aider les étudiants-es à acquérir des compétences en PCR.

AVIS IMPORTANT AUX ÉTUDIANTS-es		
La liste de contrôle est un guide pour faire un suivi des expériences cardiorespiratoires (CR) vécues par les étudiants-es en physiothérapie. Elle doit être utilisée pour orienter et maximiser l'expérience clinique dans le domaine cardiorespiratoire. Un-e étudiant-e n'a pas d'obligation de participer à l'ensemble des expériences cliniques énumérées dans la liste de contrôle avant l'obtention de son diplôme. La liste de contrôle n'est PAS un outil d'évaluation ou de mesure de la compétence clinique CR d'un-e étudiant-e.		
Techniques d'évaluation		
Antécédents cardiorespiratoires et résultats de laboratoire : l'étudiant-e doit démontrer qu'il/elle connaît les antécédents et les résultats de laboratoire énumérés ci-dessous et doit les intégrer dans son évaluation et son plan de traitement, en accord avec les pratiques du milieu.		
	Exécuté (✓)	Commentaires
1. Examen des dossiers médicaux	<input type="checkbox"/>	-
2. Interprétation des gaz artériels	<input type="checkbox"/>	-
3. Tests pulmonaires Interprétation spirométrique	<input type="checkbox"/>	-
4. Résultats des tests diagnostics cardiaques et pulmonaires	<input type="checkbox"/>	-
5. Connaissance des précautions et contre-indications lors du traitement CR	<input type="checkbox"/>	-
6. Radiographie	<input type="checkbox"/>	-
7. Analyse de sang	<input type="checkbox"/>	-
8. Incidences pharmacologiques des médicaments ingérés	<input type="checkbox"/>	-
Autres:	<input type="checkbox"/>	-
Évaluation subjective : l'étudiant-e doit démontrer qu'il/elle connaît ou utilise divers outils d'évaluation subjective tels que ceux énumérés ci-dessous, en accord avec les pratiques de la clinique.		
	Exécuté (✓)	Commentaires
1. Plaintes CR (par ex., essoufflement, orthopnée, toux, angine)	<input type="checkbox"/>	-

2. Douleur ou inconfort (par ex., angine, musculosquelettique, chirurgicale)	<input type="checkbox"/>	-	
3. Mesures d'auto-évaluation (par ex., échelle visuelle, mesures de la qualité de vie, échelle de perception de l'effort de Borg)	<input type="checkbox"/>	-	
4. Antécédents médicaux (en mettant l'accent sur les antécédents respiratoires comme le tabagisme)	<input type="checkbox"/>	-	
5. Historique des activités récentes	<input type="checkbox"/>	-	
Autres: -	<input type="checkbox"/>	-	
Évaluation objective – Inspection - observation : l'étudiant-e doit démontrer qu'il/elle connaît et utilise divers outils d'évaluation objective tels que ceux énumérés ci-dessous, en accord avec les pratiques de la clinique.			
	Exécuté (√)	Commentaires	
1. Conduites et tubes (compréhension des implications)	<input type="checkbox"/>	-	
2. Comprendre les implications et faire un examen des signes vitaux (p. ex., rythme cardiaque, saturation en oxygène, tension artérielle, fréquence respiratoire, température)	<input checked="" type="checkbox"/>	-	
3. Bilan hydrique	<input type="checkbox"/>	-	
4. Pouls jugulaire et périphérique (distension jugulaire), abdomen (compréhension des implications)	<input type="checkbox"/>	-	
	Observé Discuté (√)	Exécuté sur le patient (√)	Commentaires
1. Évaluation du thorax (IPPA)			
● Inspection (cyanose, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Palpation (course diaphragmatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Percussion (résonnant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Auscultation (par ex., bruits de la respiration, bruits adventices)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Toux (efficacité, inefficacité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Expectoration (couleur, consistance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
2. Mobilisation (indépendante, avec supervision ou assistance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Mobilité au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Transferts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
● Marche – escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

3. Mesures des capacités fonctionnelles (ex. épreuve de marche de 6 min, test de marche à vitesse déterminée par le patient, test navette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
4. Équilibre (assis, debout, en marche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
5. Posture (nuisant à l'expansion du thorax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
6. Force – endurance (suffisante pour une mobilisation sécuritaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
7. Amplitude de mouvement (par ex., ADM des membres supérieurs et région thoracique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Autres: -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Analyse et planification			
L'étudiant-e apprendra à recueillir et analyser les résultats d'évaluation et à les appliquer pour déterminer les objectifs et l'élaboration des plans de traitement, en accord avec les pratiques de la clinique.			
	Exécuté (√)	Commentaires	-
1. Formuler et expliquer les résultats de l'évaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
2. Manipulation des tubes de perfusion de manière sécuritaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
3. Titrage de l'oxygène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
4. Exercices de respiration et de ventilation – peuvent comprendre : mobilisation; respiration en profondeur ; respiration assistée et techniques manuelles (étirement des côtes, soulèvement de la cage thoracique) ; augmentation de volume (inhalation, emmagasinage d'air, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-

5. Dégagement des sécrétions (indépendante) – peut comprendre: mobilisation; cycle actif respiratoire (CAR);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
6. Dégagement des sécrétions (assistée) – peut comprendre : technique de toux assistée percussions (manuelles et mécaniques) ; vibrations; <i>PEP/flutter</i> , etc.; aspiration – non intubée ; aspiration – intubée ; assistance à la toux mécanique trachéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
7. Contrôle de la dyspnée – peut comprendre : expiration lèvres pincées ; positionnement thérapeutique ; Conservation de l'énergie ; entraînement à la relaxation, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
8. Procéder à l'entraînement à l'exercice (prescription de programmes adaptés pour les populations CR spéciales; peut comprendre : prescription d'exercices aérobiques ou exercices de résistance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
9. Mobilité thoracique (par ex., ADMA, ADMAA, ADMP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Autres: -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
Compléter la section suivante afin de consigner vos expériences : diagnostics des patients CR vus durant le stage clinique (énumérez)	Établissements et environnement CR (énumérez) -		
-	-		

Initiales (étudiant-e)

Initiales (PCP)

ANNEXE 3 : Description de l'expérience clinique

Description de la clientèle durant le stage :

Clientèle	Cocher si applicable	Répartition (en %)
Pédiatrie (0-17 ans)	<input type="checkbox"/>	%
Adulte (18 à 64 ans)	<input type="checkbox"/>	%
Gériatrie (65 ans et plus)	<input type="checkbox"/>	%

Contextes de pratique (voir annexe 6) :

Soins de courte durée/Soins hospitaliers (Soins hospitaliers, UCDG, Urgence, Soins intensifs)

Réadaptation/Soins communautaires (URFI, URFI gériatrique, CR, Hôpital de jour)

Soins ambulatoires/Clinique privée (CH-clinique externe, Cliniques privées)

Autre (spécifiez) : _____

Domaines de pratique

(Indiquer le pourcentage (%) approximatif du temps consacré à chacun des domaines de pratique) :

CARDIORESPIRATOIRE (%)		MUSCULOSQUELETTIQUE (%)	
Douleur chronique		Douleur chronique	
Pédiatrie		Pédiatrie	
Amputation / Vasculaire		Amputation / Vasculaire	
Perte d'autonomie		Perte d'autonomie	
Maladie dégénérative		Maladie dégénérative	
-		Thérapie manuelle	
Total:	%	Total:	%

NEUROLOGIE (%)		AUTRES (%)	
Douleur chronique		Soins de plaies/brûlures	
Pédiatrie		Vestibulaire	
Amputation / Vasculaire		Oncologie	
Perte d'autonomie			
Maladie dégénérative			
-			
Total:	%	Total:	%

(*Le total ne doit pas dépasser 100%)

Initiales (ÉTUDIANT)

Initiales (PCP)

ANNEXE 4 : Cliniques et activités spécialisées

CLINIQUES ET ACTIVITÉS SPÉCIALISÉES

(Ce formulaire doit être rempli par l'étudiant)

I. Veuillez cocher toutes les cliniques auxquelles vous avez participé lors de votre stage clinique.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Clinique d'orthopédie | <input type="checkbox"/> Clinique de pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Clinique de neurologie (e. g. SP, IMC) | <input type="checkbox"/> Clinique de physiatrie |
| <input type="checkbox"/> Clinique cardiorespiratoire | <input type="checkbox"/> Clinique de médecine |
| <input type="checkbox"/> Soins de plaies | <input type="checkbox"/> Clinique de cancérologie |
| <input type="checkbox"/> Clinique arthrite et rhumatologie | <input type="checkbox"/> Clinique comportementale |
| <input type="checkbox"/> Clinique de chirurgie plastique | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Clinique pour personnes amputées | |
| <input type="checkbox"/> Clinique d'admission et de triage | |

II. Veuillez cocher toutes les activités ou classes auxquelles vous avez participé lors de votre stage clinique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Classe de thérapie du membre supérieur | <input type="checkbox"/> Classe de sport |
| <input type="checkbox"/> Classe ou école du dos | <input type="checkbox"/> Classe de sclérose en plaques |
| <input type="checkbox"/> Classe de thérapie de la hanche | <input type="checkbox"/> Classe pour clientèle avec diabète |
| <input type="checkbox"/> Classe d'entraînement à la marche | <input type="checkbox"/> Thérapie aquatique |
| <input type="checkbox"/> Classe pour hémiplégié | <input type="checkbox"/> Classe postopératoire (MI/MS) |
| <input type="checkbox"/> Classe pré et postnatale | <input type="checkbox"/> Éducation aux soignants et aidants |
| <input type="checkbox"/> Classe d'entraînement en endurance | <input type="checkbox"/> Classe respiratoire en postopératoire |
| <input type="checkbox"/> Classe MPOC | <input type="checkbox"/> Autre - _____ |

III. Veuillez cocher toutes les activités éducationnelles, présentations et ateliers pratiques auxquels vous avez participé lors de votre stage clinique.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orthopédie | <input type="checkbox"/> Réanimation cardiorespiratoire |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Autres domaines en réadaptation |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie | <input type="checkbox"/> Orthèses et prothèses |
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Examens diagnostics |
| <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Recherche |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique et gynécologie | <input type="checkbox"/> Psychologie, psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Maladies génétiques | <input type="checkbox"/> Physiothérapie (évaluation et traitement) |
| <input type="checkbox"/> Médecine | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

IV. Veuillez indiquer **le nombre d'heures total** où vous avez participé aux activités interprofessionnelles suivantes :

Type d'activité	Total (en heures)
Rencontres multidisciplinaires ((≥ 2 disciplines) →	
Observations d'autres disciplines →	
Interventions conjointes avec d'autres professionnels·les:	
a) Intradisciplinaires (TRP et PHT) →	
b) Interdisciplinaires (autres disciplines) →	

Initiales (ÉTUDIANT·E)

Initiales (PCP)

ANNEXE 5 : Page de Signatures

Professeur·e de clinique en physiothérapie : s.v.p. veuillez examiner le cahier de l'étudiant·e et valider les informations contenues.

Professeur·e de clinique en
physiothérapie

Date

Professeur·e de clinique en
physiothérapie

Date

Etudiant ·e

Date

N.B : L'étudiant·e doit faire initialiser et signer tous les documents à la fin du stage clinique. Il/elle doit ensuite les remettre à l'agent·e de stage, de façon numérisée, au maximum 1 semaine après la fin de son stage.

ANNEXE 6 : Définition des cadres de pratique

Soins de courte durée/soins hospitaliers

Soins de physiothérapie dispensés, en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, à des patients-es en raison d'une affection en phase aiguë, d'une aggravation aiguë ou d'une intervention chirurgicale nécessitant un séjour dans un établissement de soins de courte durée.

Réadaptation ou soins de santé communautaire

Soins de physiothérapie dispensés, en tant que membre d'une équipe interprofessionnelle, à des patients-es en vue de maximiser l'autonomie fonctionnelle. Généralement après le diagnostic d'une nouvelle affection, une blessure entraînant une invalidité, une maladie en phase aiguë, une intervention chirurgicale ou l'évolution d'une affection chronique. La réadaptation ou les soins de santé communautaire peuvent être dispensés dans un hôpital/une unité de réadaptation, une clinique, à domicile, dans des établissements de formation, etc.

Soins ambulatoires ou clinique privée

Soins de physiothérapie dispensés par un-e prestataire unique ou par un membre d'une équipe interprofessionnelle, à un-e patient-e qui vit dans la collectivité et qui reçoit un traitement de physiothérapie en consultation externe. Ces soins peuvent être dispensés dans des cliniques de physiothérapie privées ou publiques, sur les lieux de travail, etc.