

**EXEMPLE D'ÉPREUVES**  
**DIPLÔME 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/sante/](http://www.lefrancaisdesaffaires.fr/tests-diplomes/se-preparer/tutoriels-dfp/sante/)

Guide des candidat(e)s : [www.lefrancaisdesaffaires.fr/wp-content/uploads/2022/10/Guide-Candidat\\_DFP-SAN.pdf](http://www.lefrancaisdesaffaires.fr/wp-content/uploads/2022/10/Guide-Candidat_DFP-SAN.pdf)

**ACTIVITÉ 1**

Vous exercez en tant que médecin généraliste.  
 Vous prescrivez des médicaments à vos patient(e)s.


Rédigez votre ordonnance en vous appuyant sur  
 - la partie « Observations » du dossier médical de votre patient(e) (document 1)  
 - les fiches médicaments que vous avez consultées (document 2)


Patient(e) 1


**DOCUMENT 1**

DOSSIER PATIENT	
Nom, Prénom : BLANET Claudine	Âge : 57 ans
<b>DATE</b>	<b>-OBSERVATIONS-</b>
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**



 <b>CYCLO 3 CR TUB 100G</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Ruscus aculeatus	<b>Classe thérapeutique :</b> Topiques en phlébologie (FJ)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	Utilisé dans le traitement des manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse chronique.	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	2 applications de crème par jour à faire pénétrer par un massage léger et ascendant durant 2 à 3 minutes	

 <b>DAFLON 500MG CPR 60 (IP1)</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Flavonoïdes exprimés en hespéridine	<b>Classe thérapeutique :</b> Vasculoprotecteurs (FI)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	Traitement des symptômes en rapport avec l'insuffisance veinolympatique. Traitement des signes fonctionnels liés à la crise hémorroïdaire.	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	2 comprimés par jour, soit 1 comprimé à midi et 1 comprimé le soir, au moment des repas.	

 <b>DOLIPRANE 100MG SUP SECABLE 10</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Paracétamol	<b>Classe thérapeutique :</b> Antalgiques non opiacés (CA)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	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).	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	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 :**

<b>DOCTEUR NOM Prénom</b> Médecine Générale N° et Nom de rue CP Ville 01.02.03.04.05 RPPS : 1234567890	<b>Consultations</b> Lundi, Mardi, Vendredi : 10h30 - 12h30 Et tous les jours sur rendez-vous
Le 10/12/20XX	
<b>Madame BLANET Claudine</b>	
<input type="checkbox"/> CYCLO 3 CR TUB 100G - 2 applications par jour	
<input type="checkbox"/> DAFLON 500MG CPR 60 (IP1) - 2 comprimés par jour (midi et soir)	
<input type="checkbox"/> DOLIPRANE 100MG SUP SECABLE 10 - 1 suppositoire à renouveler au bout de 6 heures	
<b>Docteur Nom Prénom</b> Nom de rue - Code Postal - Ville <b>Téléphone : 01 02 03 04 05</b> Autre mention (Exemple : spécialité) Etablissement - Centre hospitalier - Clinique N° RPPS N° FINESS   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 une liste déroulante.*


Patient(e) 2


DOCUMENT 1

DOSSIER PATIENT	
Nom, Prénom : ZITOUNI Farid	Âge : 15 ans
<b>DATE</b>	<b>-OBSERVATIONS-</b>
10/12/20XX	Dépression sévère persistant après trois mois de psychothérapie (thérapie en cours).

DOCUMENT 2



 <b>DEROXAT 20 MG CPR SECABLE 14</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Paroxétine	<b>Classe thérapeutique :</b> Antidépresseurs (PL)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	Épisode dépressif majeur Troubles Obsessionnels Compulsifs	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	ÉPISODE 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.	

 <b>IBUPROFENE 400MG TEVA CONS CPR 12</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Ibuprofène	<b>Classe thérapeutique :</b> Antalgiques non opiacés (CA)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	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.	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	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).	

 <b>PROZAC 20 MG CPR DISP SECABLE 28</b>		
<b>Identification :</b>	<b>Principes actifs :</b> Fluoxétine	<b>Classe thérapeutique :</b> Antidépresseurs (PL)
<b>Indications thérapeutiques :</b>	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.	
<b>Posologie et contre-indications :</b>	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 :**

<b>DOCTEUR NOM Prénom</b> Médecine Générale N° et Nom de rue CP Ville 01.02.03.04.05 RPPS : 1234567890	<b>Consultations</b> Lundi, Mardi, Vendredi : 10h30 - 12h30 Et tous les jours sur rendez-vous
Le 10/12/20XX	
<b>ZITOUNI Farid</b>	
<input type="checkbox"/> DEROXAT 20 MG CPR SECABLE 14 - 1 comprimé 1 fois par jour pendant 3 mois	
<input type="checkbox"/> IBUPROFENE 400MG TEVA CONS CPR 12 - 1 comprimé 2 à 3 fois par jour	
<input type="checkbox"/> PROZAC 20 MG CPR DISP SECABLE 28 - 1 comprimé 1 fois par jour pendant 3 mois	
<b>Docteur Nom Prénom</b> Nom de rue - Code Postal - Ville <b>Téléphone : 01 02 03 04 05</b> Autre mention (Exemple : spécialité) Etablissement - Centre hospitalier - Clinique N° RPPS N° FINESS  	
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 une liste déroulante.*

## 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.

### DOSSIER MÉDICAL

DOSSIER PATIENT	
<b>Nom :</b> MIOSZEK	<b>Âge :</b> 58 ans
<b>Prénom :</b> Jean-Michel	
<b>DATE</b>	<b>- SUIVI-SOINS -</b>
21/09/20XX	<p>M. Mioszek doit être transféré en rééducation le 23/09/20XX.</p> <p>Hospitalisé le 17/04/20XX pour un AVC qui lui a laissé une hémiplégie D prédominant au MID et quelques troubles de la parole.</p> <p>Il bénéficie de séances hebdomadaires de kiné et d'ortho depuis 3 mois.</p> <p>Locomotion et repas : aide encore nécessaire pour se déplacer et prendre ses repas (couper la viande, peler les fruits).</p> <p>Ses constantes : pouls 80, TA 14/09, temp 37°1.</p> <p>Documents d'accompagnement : courrier médical, CR IRM. Sa femme a été prévenue du transfert ; la contacter en cas d'urgence.</p>

Complétez la fiche de liaison avec les éléments proposés.

- |                           |                                |
|---------------------------|--------------------------------|
| 1. Épouse                 | 5. Aide partielle              |
| 2. Rééducation            | 6. AVC                         |
| 3. 23/09/20XX             | 7. Kinésithérapie, orthophonie |
| 4. Courrier et ordonnance |                                |

**FICHE DE LIAISON**

FICHE DE LIAISON			
Service : Neurologie		Médecin: Dr Pierrette VEIL, PH	
<b>Identification de la personne soignée</b>			
Nom : MIOSZEK		Date d'entrée : 15/06/20XX	
Prénom : Jean-Michel		Motif initial de l'hospitalisation : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	
Examens réalisés :	<b>Imagerie</b>	<b>Endoscopie</b>	<b>Autre</b>
	IRM		
Ce jour :	<b>Constantes</b>		
Pouls :	TA :	Température :	Diurèse :
<b>80</b>	14/09	37°1	1 500 ml
Soins/Traitement : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
Mobilité : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
Date de mutation : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
Motif du transfert : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
Documents départ : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
Personnes à prévenir en cas d'urgence : <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>			
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 chaque élément du dossier dans la zone grise de la fiche de liaison qui lui correspond.

**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 à l'aide des éléments suivants :

- |                         |                          |                          |                                   |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 1. Conseils traitements | 2. Enfants de 5 à 11 ans | 3. Fortes démangeaisons  | 4. Pas de sèche-cheveux           |
| 5. Plantes médicinales  | 6. Transmission          | 7. Traitements chimiques | 8. Utiliser un peigne anti-lentes |

**SUPPORT D'INFORMATION**

**POUX DE TÊTE**

1 mm  
2 à 4 mm

Par ex. selfies  
Contacts rapprochés

**Symptômes**  
Symptômes dans seulement 40% des cas

Rechercher les poux et non pas les lentes  
Les poux se situent souvent derrière les oreilles

**RECOMMANDE**  
Traitements physiques

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

**Diméticone** Huiles minérales

Huile de neem Huile de coco

**Groupe d'âge concerné**

Octane-1,2-diol

**Bons conseils & Prévention**

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

Attacher les cheveux

60°C

10mm

Saule (Salix alba)

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

Appliquer ces gels ou shampoings au plus près de la racine

Bien masser

Allez à l'école (sauf exception)

Contrôler les cheveux de l'entourage

Rincer les cheveux avec de l'eau vinaigrée

Henné neutre (Lawsonia inermis), surtout en prévention

Répéter l'application (traitements physique et chimique)  
8 à 10 jrs

Copyright Creapharma.ch 2019  
Références [www.creapharma.ch/poux.htm](http://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 chaque élément dans la zone jaune du support d'information qui lui correspond.**



## 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).

 SAN\_B1\_ExEpreuve\_S1\_Act4.mp3

Complétez le protocole de soins en fonction des soins à apporter.

Cochez les 5 soins à effectuer.

### 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

**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 à effectuer.*

## ACTIVITÉ 5

**Vous êtes un(e) professionnel(le) de santé.  
Une patiente vous consulte.**

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

 SAN\_B1\_ExEpreuve\_S1\_Act5.mp3

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

Mal de gorge	Fatigue	Toux sèche
Frissons	Courbatures	Fièvre

### VOS OBSERVATIONS

**DOSSIER PATIENT**

**IDENTITÉ**

Civilité : <input type="text" value="Monsieur"/>	Code/Réf. : <input type="text" value="534-DS-F8"/>
NOM : <input type="text" value="GAGNON"/>	Né(e) le : <input type="text" value="18/06/1976"/>
Prénom : <input type="text" value="Adrien"/>	

**OBSERVATIONS :**

Date de l'observation :

1.
2.
3.
4.
5.
6.

***Le jour de l'examen, l'activité sera au format numérique : il faudra glisser-déposer chaque élément dans la zone du dossier patient qui lui correspond.***

## 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 patient (cf. ci-dessous) en rapport avec le cas.

DOSSIER PATIENT(E)				
<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Civilité :</b>	<b>Né(e) le :</b>	<b>Code/Réf. :</b>
PEETERS	Jonas	Monsieur	12/08/1951	41-8-FSE-663-12
<b>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX</b>			<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS</b>	
Hérédité père : infarctus du myocarde vers 58 ans			Hépatite B à l'adolescence Ablation d'un basocellulaire frontal en 2017	
<b>TRAITEMENTS</b>				
- Hexaquine, 3 cpr par jour (traitement débuté 09/01/20XX)				
<b>ANAMNÈSE SOCIO-PROFESSIONNELLE</b>				
Retraité de l'Éducation nationale				
<b>HABITUDES</b>				
Actif habituellement, marche et court régulièrement. Arrêt répété d'entraînement à l'occasion de blessures depuis env. 2 ans.				
<b>ANAMNÈSE ACTUELLE (30/01/20XX)</b>				
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.				

**VOTRE LETTRE DE RECOMMANDATION (110 - 150 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° FINESS

01234567890 01234567890

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 :** 10 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
21/11/20XX	Consultation 21/11/2019 pour troubles de la vision et somnolence -> Prise de sang (glycémie à jeun)
25/11/20XX	Glycémie à jeun = 1.27g/l, à confirmer
09/12/20XX	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

**Mode de vie**

- ◆ Adoption d'un mode de vie actif ; activité physique : privilégier sport (ex. stretching, marche nordique) en groupe (ex. associations ☑ motivation, soutien psychologique)
- ◆ 150 min 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 : privilégier un sommeil de qualité; réduire sa consommation de caféine ; dresser une liste des priorités et déléguer certaines tâches; se fixer des objectifs réalistes

**Traitements 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 :** 10 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 sur les comportements à adopter.

**DOCUMENT 1**

SIGNAUX D'ALERTE EN PÉRIODE DE CANICULE		
 <p>Crampes, syncopes</p>	 <p>Épuisement</p>	 <p>Confusion, délire</p>
 <p>Hyperthermie (&gt;39°C)</p>	 <p>Céphalées</p>	 <p>Vertiges, nausées</p>

**DOCUMENT 2**

**LES BONNES PRATIQUES À TENIR**

- + +/- 1,5 l d'eau/jour (bouteille individuelle pour mesurer la consommation)
- + Ventilation + Brumisateur/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)

[www.infirmiers.com/ressources-infirmiers/prevention-sante/plan-canicule-2017-protoger-personnes-agees.html](http://www.infirmiers.com/ressources-infirmiers/prevention-sante/plan-canicule-2017-protoger-personnes-agees.html)