

## Observation directe d'une procédure (DOPS)

<b>Etudiant Nom :</b>				<b>Date:</b>					
<b>Prénom :</b>				<input type="checkbox"/> SMA 2 <input type="checkbox"/> SMA 3 <input type="checkbox"/> SMA 4 <input type="checkbox"/> SMA 5 <input type="checkbox"/> SMA 6					
<b>Situation :</b>									
<b>Age patient :</b>		<b>Terme : SA + jours</b>		<input type="checkbox"/> Urgence		<input type="checkbox"/> Entrant		<input type="checkbox"/> Suivi externe	<input type="checkbox"/> Domicile
<b>Catégorie de la technique de soin:</b> <input type="checkbox"/> Médecine <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Frottis du col utérin <input type="checkbox"/> Vaccinations <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Anténatal <input type="checkbox"/> Surveillance prénatale <input type="checkbox"/> pathologie obstétricale <input type="checkbox"/> pathologie médicale et grossesse <input type="checkbox"/> DAN <input type="checkbox"/> Périnatal <input type="checkbox"/> Suivi normal du travail <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Dystocie <input type="checkbox"/> Préparation césarienne <input type="checkbox"/> Préparation d'extraction instrumentale <input type="checkbox"/> Episiotomie <input type="checkbox"/> Délivrance dirigée <input type="checkbox"/> Décision césarienne <input type="checkbox"/> Hémorragie de la délivrance <input type="checkbox"/> Postnatal <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Suivi précoce <input type="checkbox"/> accouchement normal <input type="checkbox"/> Suivi césarienne <input type="checkbox"/> Pathologie médicale <input type="checkbox"/> Nouveau-né <input type="checkbox"/> Recueil à la naissance <input type="checkbox"/> Réanimation <input type="checkbox"/> Pathologie courante :									
<b>Nombre de fois où l'étudiant s'est entraîné à la procédure:</b>				<b>Difficulté de la procédure:</b>					
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-4 <input type="checkbox"/> 5-9 <input type="checkbox"/> > 10				<input type="checkbox"/> Basse <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Haute					
<b>En dessous des attentes</b>			<b>Limite</b>	<b>Rencontre des attentes</b>			<b>Au-dessus des attentes</b>		
<b>1-3</b>			<b>4</b>	<b>5-6</b>			<b>7-9</b>		
<b>1. Compréhension des indications relevant de l'anatomie, de la technique, du but du soin</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>2. Obtention du consentement de la patiente (<input type="checkbox"/> non observé)</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>3. Démonstration en pré-procédure que la préparation au soin est appropriée (<input type="checkbox"/> non observé)</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>4. Délivrance d'une analgésie adaptée et/ou d'une sédation (<input type="checkbox"/> non observé)</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>5. Habileté technique</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>6. Respect de l'asepsie</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>7. Demande d'aide si le juge approprié (<input type="checkbox"/> non observé)</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>8. Organise la suite de la procédure (<input type="checkbox"/> non observé)</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>9. Capacités de communication</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>10. Considération du patient/ Communication</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>11. Habileté globale à réaliser la procédure</b>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<b>Temps d'observation :</b>				Min		<b>Temps de feed-back :</b>			Min
<b>Points positifs:</b>				<b>Plan d'action: Suggestions pour s'améliorer:</b>					
<b>Satisfaction de l'évaluateur avec la DOPS :</b>									
Basse	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Haute
<b>Satisfaction de l'étudiant avec la DOPS : autoévaluation-autorégulation</b>									
Basse	1	2	3	4	5	6	7	8	9 Haute
<b>Signature de l'étudiant :</b>				<b>Fonction de l'évaluateur :</b> <input type="checkbox"/> Sage-femme hôpital <input type="checkbox"/> Sage-femme enseignante <input type="checkbox"/> Sage-femme libérale <input type="checkbox"/> Sage-femme P.M.I. <input type="checkbox"/> Médecin GO <input type="checkbox"/> Médecin pédiatre <input type="checkbox"/> Médecin anesthésiste <input type="checkbox"/> Autre <b>Nom et signature de l'évaluateur:</b>					