

MedyCs (Ex Gynelog)

JOURNÉE TECHNIQUE AUDIPOG



LUNDI 17 JUIN 2019

ALAIN GODARD

GROUPE HOSPITALIER NORD VIENNE – CHATELLERAULT

alain.godard@ghnv.fr - 05 49 02 90 65

C'EST QUI ?

- Association des utilisateurs de Gynelog
 - Loi 1901, SYNGOF et les utilisateurs (professionnels, établissements, réseaux).
 - Site : <https://gynelog.asso.fr/>
- En lien avec GYNERISQ, accréditation des équipes.
 - <http://gynerisq.fr/>
- MedyCS à Châtelleraut.

C'EST QUOI ?

- Dossier unique patient intégralement informatisé.
- Assure les tâches automatisées en arrière plan :
 - Courriers, CRO, courriers de sortie.
 - PMSI
 - Gestion administrative
- Compatibilité DMP, LAP

Antécédents

Allergies

- Autre OUI Acarien
- LATEX

-Obstétricaux

- 1^{er} grossesse
 - 15/02/2019 - CHCG césarienne programmée avant le travail siège à 39,4SA, 3860g, (86,9) masculin 10/10 A. artificiel Noé
 - dossier Pédiatrie

Biologie

- BW
 - 27/06/2018 - nég.
- Groupe Mère
 - O RhNEG cc ee Kell Négatif Vérifié + GED PIV 19
- Hép. B
 - 30/11/2018 - Nég.
- Hép. C
 - 27/06/2018 - négative
- HIV
 - 27/06/2018 - nég.
- RAI
 - 04/02/2019 - Négative
 - 12/02/2019 - Négative
- Risque Tri 21
 - 16/08/2018 - 1^{er} trim 1/9500
- Rubéole
 - 27/06/2018 - Positif
- Toxo
 - 04/02/2019 - NEGATIF
 - 15/02/2019 - NEGATIF
- Transfusion
 - non
- Vaccins
 - Elle Rub 27/06/2018 Coq 21/08/2015 DT-P 21/08/2015 Lui

Chirurgicaux

- Autre intervention / AG
 - IAG
- Autre intervention / AL
 - IAL

Familiaux

- Cancer du sein
 - Score = 0. Risque normal.
- MALFO. CONGENITALE
- Autre

Généraux

- Divers :
 - Provenance : Patiente ; célibataire ; Précarité : sécurité sociale + mutuelle ; Taille 165cm ; Poids 65 Kg (2019) BMI 24 pas d'état anxieux.(0) pas d'état dépressif(0)

Consultation

Le 22/01/2019 (A.God) 82 - Résultats radio«RPM : Magnin : 25,1»

Le 31/01/2019 (B.Mar) prénatal«TE : 37,4SA siege CONCLUSION : siege ; RPVM faite; echo bio prevue le 05/02avec Dr ()»

CONSULT OBST
? Date 31/01/2019 à 11h30 par Mme I ()

Signes fonctionnels :
CU : < 10 ; SFU : non
Métrorragies : oui ; Leucorrhées : physiologiques
MAF : Oui
Signes d'HTA : OMI
Signes fonctionnels : asthénie

Examen obstétrical :
TA : 10 /8
Poids : 78 kg (+ 13 kg)
HU : 33cm
Présentation : du siège , dos à gauche ; AC : normale ,
TV : Col long médian ramolli
OE : 1 doigt ; **OI :** 1 doigt ; **Présentation :** haute et mobile
Segment inférieur : négatif ; **Bishop :** 4
Bassin osseux : cliniquement normal;radiologiquement normal

Pronostic de l'accouchement : à revoir Mme Barbara MARCELIN APD : oui
Déclenchement : non
Allaitement : artificiel

RDV : Cs + écho dans 8 jours
Début 14j compl : 30/12/2018

ZZ GAM
? Date 31/01/2019 11:30
NPP : 1224912 ; N° de séjour : 1917902
NGAP : CF
CCAM :
MARCELIN Barbara
CAC : Cs obs SF

Le 31/01/2019 (AC.Co) surveillance monito vme
surveillance monito vme

Le 05/02/2019 (A.God) «ECHO TE : 38,2 SA siège décomplété mode des fesses Grossesse mono-foetale évolutive;bonne croissance 3230g Croissance 50°-90°p courbe EGO. 50°-90°p»«PROGRAMMATION CHIR»

Echo Foetale
? Indication : Surveillance
TT : 38,2 DGE : 27/05/2018 TE : 24/02/2019
siège décomplété mode des fesses dos à gauche
149b/mn MAF présents, nombreux, toniques.
BIP : 97,31 (90-97) ; 41SA
PC : 345,55 (90-97) ; >40SA
PO : 331,82 (50-90) ; 39SA
F : 72,27 (50-90) ; 38SA+3

Ordonnance

Le 16/02/2019 (F.Com)

- ECHOGRAPHIE DE HANCHES à l'âge de 1 mois pour éliminer une luxation de hanche dans un contexte de siège.
Examen des hanches normal à la maternité

Synthèse

Le 10/01/2019 (B.Mar)
RHESUS NEG du geniteur (biologie vue par MJCG)

recup CDS

séparés, vit seule

17/01/19 MJCG
Présentation du siège à 35SA : échec VME
05/02 godard : biométrie ceph > 90°p : césar

Pièce maitresse : le questionnaire.

Un puissant moteur d'incidences en fonction du contexte :

- activer des questions, proposer une valeur par défaut,
- lancer un questionnaire, un courrier, une ordonnance, un PMSI
- activer une interface
- créer le dossier nouveau-né...

LIBELLE	RÉPONSES COURANTES	21/01/2015	10/11/2015
SFU	non	non	non
malincoques	non	oui	non
lesionnelles	physiologiques	physiologiques	physiologique
MAF (cb)	Oui	Oui	Oui
signes d'ISA	OUI	OUI	vertiges
E. Echecs divers	1-d ligamentaires sévères 2-lombalgies 3-sciatique 4-nausées 5-bronchite 6-incontinence urinaire d'effort 7-asthène 8-gastrologes 9-Syndrome grippal 10-crampes 11-épistaxis	asthène	

Synthèse de la grossesse G5 - P2 - 40 ans

DGE 11/12/2017 Terme le 10/09/2018 écho précoce

Edité le 08/09/2018 au terme de

Grossesse unique spontanée

86100CHATELLERAULT

CONTEXTE : taille 166cm Poids hab 105Kg BMI 38,1**ADDICTION** : TABAC oui**Allergie** : aucune

Rubéole Positif - 23/08/2018
 BW = nég. 20/08/2018
 HIV = nég. - 02/03/2018
 Ag Hbs = Nég. - 23/04/2018

Toxo : **NEGATIF**, 23/08/2018FCV 13/02/2018 Absence de cellules
endocervicales

T21 : 1* T ! Attention écho de 22SA
T21 1/348 Proposer DPNI. Nuque=
1.7/1.08 HCG=2.17 PAPP-A=1.31

Poids echo 2280g à 32,25A 50°-90°p EGO

DPNI : négatifdiabète ID **CAT pdt W faite.****Coq à faire en SDC****FDR perso :****FDR Fam :**Diabète insulino-dépendant familial : **OUI**Diabète non insulino-dépendant familial : **OUI** Mère : DT2 ttt par METFORMINE

Grand Mère Maternelle : DT2 sous insuline

HTA familial : **Père**, ttt HTA pour son père**FDR Obst** : **ut 1-cicatriciel**

grossesse à haut risque : **ATCD maternel médicaux, ATCD**
familiaux Obésité / DT2 chez sa mère / HTA chez son père
Surveillance sur place, Accouchement sur place Châtelleraut

O+ vérifié, **RAI Négative 23/08/2018**, **Transfusion : non**
 Père : 168cm

PV STREPT B +07/08/2018
ECBU : Négatif 08/03/2018
Strepto B : Pénig 5M IV+2.5M/4h

Infection cervico-vaginale (patho.) : Streptocoque B
Diabète : gestationnel ID
Pathologie foetale : Anomalie de la croissance fœtale macrosome
 CAT accouchement : **cesar prophylactique Mme MARCELIN**
 Commande sang Inutile
 Cs anesth faite
 Bassin ayant fait ses preuves
 RPM : TM = 11 PRP = 11
 BiS = 10,9 Magnin = 22,2

NOTES et STAFF :

11/07/2018 Dr GODARD : Info ut cicatriciel faite. fiche à récupérer.

13/08/2018 GODARD Motif siège, echec version. Bassin rétréci, ut cicatriciel. César prophylactique à 38.5 Dr GODARD. Voie d'abord ???

14/08/2018 Staff FP, AG, TI, CDS, CAT faire écho de repérage abdo en pré op immédiat. valves vaginales

GROSSESSE ACTUELLE Madame**38 Ans DGE =****18/01/2010 Terme : 18/10/2010**

Rubéole Positif - 26/02/2010

Toxo : Positif - 26/02/2010

B +**Pare : 2 ; César : 0**

BW = nég. 26/02/2010

HIV = nég. - 26/02/2010

Ag Hbs = Nég. - 26/02/2010

Caryotype : fait

Cc ee Kell Négatif**vérifié : oui****RAI = Négative**

W : oui

Trajet : 110 Km

Tabac non

PV : Streptocoque B**ECBU : Négatif**

	06/04	06/05	03/06	13/07	16/08	10/09	30/09	05/10	18/10
Motif Obs							urgence		urgence
T.Th/T.Corr	12,3 / 13,1	16,5 / 17,3	21,3 / 21,3	27,1 / 27,1	32 / 32	35,4 / 35,4	38,3 / 38,3	39,1 / 39,1	41 / 41
MAF		Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
métrorragies	non	non	non	non	non	non	non	non	non
CU	non	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	> 10 Douloureuses
SFU	non	non	non	pollakiurie	pollakiurie	non	non	non	non
Leucos	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques
Signes fonct.	tb du sommeil	anxiété, tb du sommeil	tb du sommeil, rhinite		sciatique			dl ligamentaires sévères, nausées, tb du sommeil	dl ligamentaires sévères, nausées, tb du sommeil
Poids (prise)	65Kg (+2Kg)	66,5Kg (+1,5Kg)	68Kg (+3Kg)	74,5Kg (+9,5Kg)	76Kg (+11Kg)	77,5Kg (+12,5Kg)	77,5Kg (+12,5Kg)	81Kg (+16Kg)	81Kg (+16Kg)
SF HTA	céphalées, vertiges	céphalées	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
TA	10/5	9/5	10/6	11/6	11/6	9/5	9/5	10/6	11/5/70
Coeur foetal		normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale
HU (cm)			20	25	28	31	32	32	36
spéc. Obs	sain, leucorrhées					prélèvements faits	sain, leucorrhées		
Présentation			céphalique,	du siège, dos à droite	céphalique, dos à droite	céphalique, dos à droite	céphalique, dos à droite	céphalique, dos à droite	céphalique, dos à droite
Col	long, postérieur, tonique, fermé,	long, postérieur, tonique, OE < 1 doigt,	long, postérieur, tonique, OE < 1 doigt,	long, postérieur, intermédiaire, OE < 1 doigt,	long, postérieur, intermédiaire, OE < 1 doigt,	long, postérieur, intermédiaire, OE 1 doigt, OI fermé	long, médian, intermédiaire, OE 1 doigt, OI fermé	long, médian, ramolli, OE 1 doigt, OI 1 doigt	mi-long, médian, ramolli, OE 2 doigts, OI 2 doigts
Consultant	INTERNES	Mme COPIN	Mme COPIN	Mme COPIN	Mlle QUILLET	Mme COPIN	Mlle PINDON	Mme COPIN	Mme
Prochain RV	Cs SF dans un mois	Cs + écho dans un mois	Cs SF dans un mois	Cs + écho dans un mois	Cs SF dans un mois	Cs SF dans 3 semaines	Cs SF	Surveillance dépassement de T,	Surveillance dépassement de T,
Arrêt de W				30					

==> (06/04/2010)

RAS

==> (06/05/2010)

Anxieuse ++, fatiguée+++.

==> (03/06/2010)

Rhinite et toux importante sans bronchite [auscultation faite par Aurélie]. AT prescrit, repos.

==> (13/07/2010)

Examen normal. Attention à la prise de poids +++

==> (16/08/2010)

Examen normal. prise de pds régulée.

==> (10/09/2010)

Examen normal.

==> (30/09/2010)

URGENCE pour Inquiète car bouffées de chaleur répétées.

Examen normal. ERCF satisfaisant. Patiente rassurée. RAD avec conseils d'usage donnés.

==> (05/10/2010)

Examen normal.

==> (18/10/2010)

URGENCE pour CU/20min sans perte de LA

Bassin ayant fait ses preuves

Début 14j P. : 09/08/2010

Début congé : 23/08/2010

Pronostic : bon

APD : peut-être

Déclenchement : non

allaitement maternel

Poids echo 1980g à 32SA

Membres inf. : normal Ausc. card. : normale

Poumon : normale thyroïde : nodule thyroïdien

Cs Anesth. : Remplaçant ASA 1

"standard" +/- APD

Le 09/04/2010 (A.God)

Faire CARYOTYPE T21 1/215 DOPPLER UTERIN normal à 22SA,

Le 27/04/2010 (A.Bur) Hospi à 16,1 SA pour «Caryotype normal»

Le 11/09/2010 (C.Cha) Strepto B : Pénig 5M IV+2,5M/4h

Mademoiselle [REDACTED] **09/01/** [REDACTED]
Début de grossesse : 05/02/2010 Terme : 05/11/2010

RAI : Négative 19/10/2010

Rubéole Positif 27/04/2010
 BW nég. 27/04/2010
 HIV nég. 27/04/2010
 Ag HBs Nég. 05/07/2010

Tri21 ; intégré : 1/7565

Bactério :
 PV : Négatif 30/09/2010
 ECBU : contamination
 vaginale 10/05/2010

Caryotype :

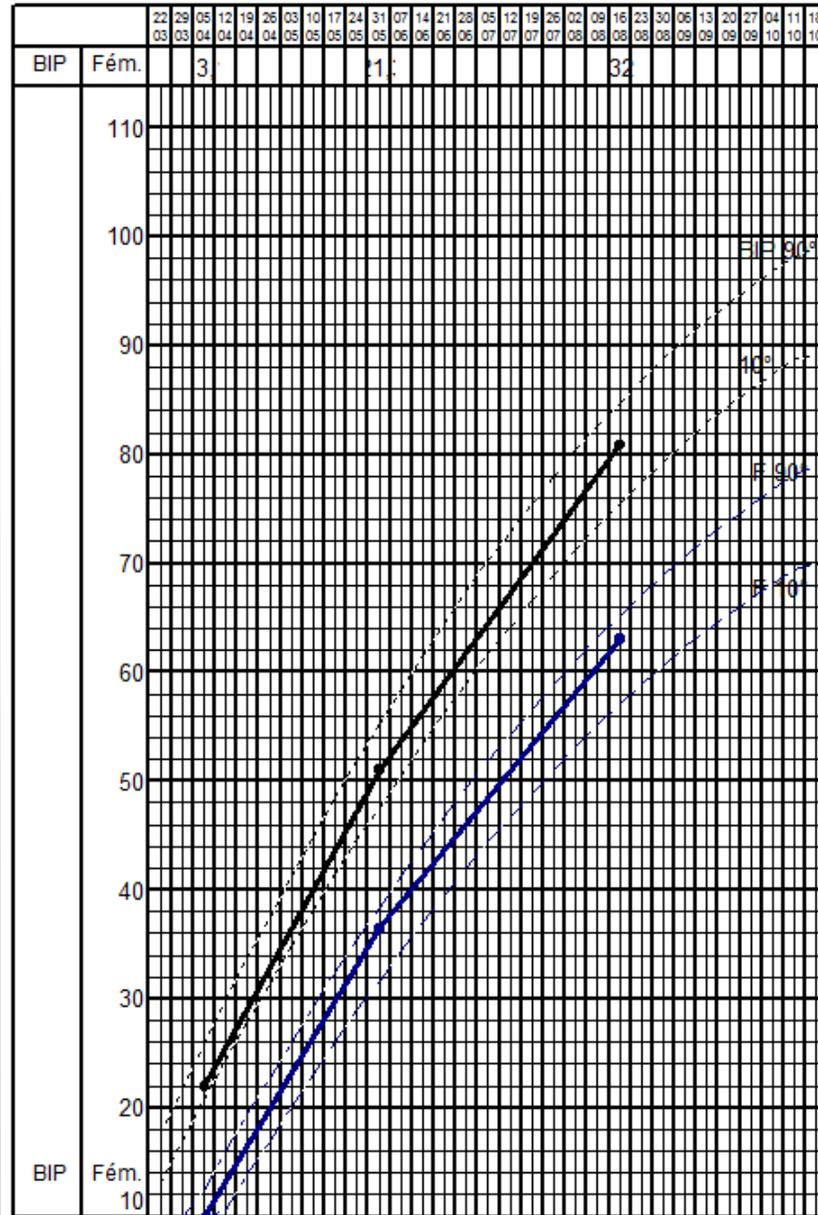
TOXO : NEG 04/10/2010

Groupe : A rh +
cc D Ee Kell Négatif
Vérifié : oui

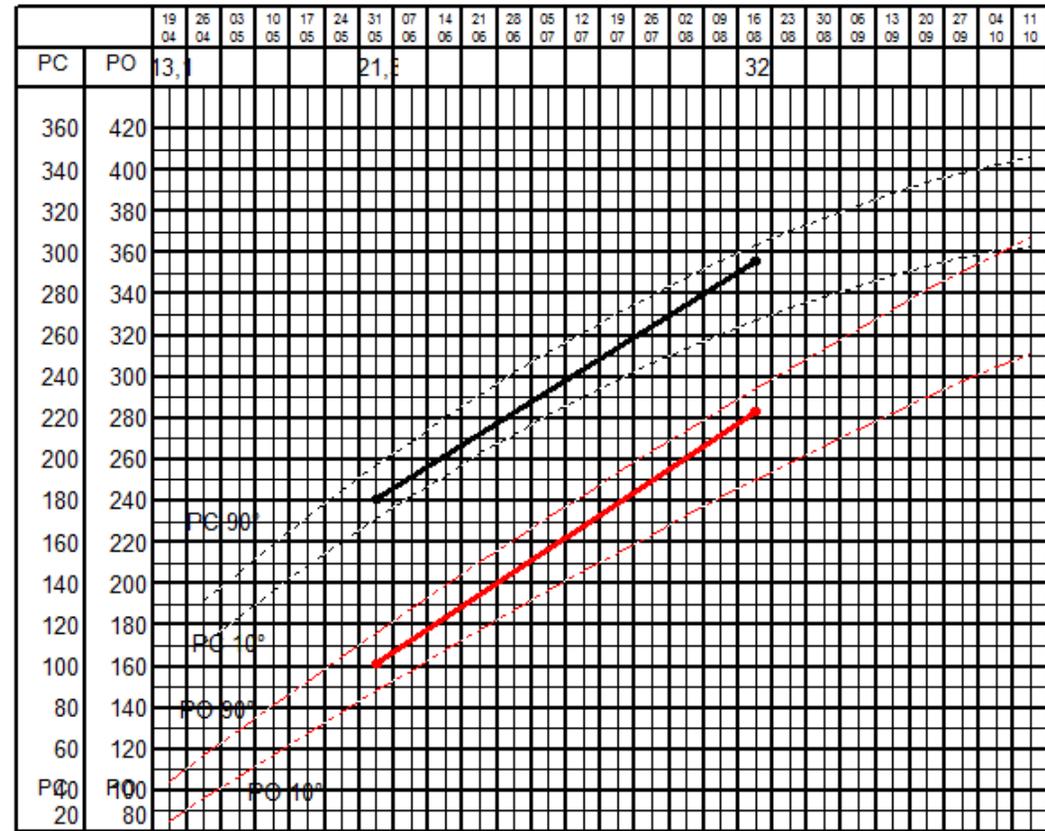
Thromb-Im 05/08/2010 ; RPCA POSITIVE , LEYDEN POSITIVE ; Prot C % = 170 ; homocysteine = 9,32 ; AT III = 124%

	27/04/2010	27/04	10/05	05/07	02/08	05/08	12/08	16/08	19/08	23/08	26/08	02/09	07/09	09/09	16/09	23/09	04/10	18/10	19/10	20/10	
Leuco. (/mm3)				8200																8900	
Hb (g/100ml)				10,9																	11,5
Plq EDTA/Cit				271000	269000	265000	265000	276000	263000	252000	238000	278000		268000	265000	270000	249000	287000	259000		
Uricémie (µmol/l)				254																	
Uricémie (mg/l)				42,7																	
Créatininémie (µmol/l)				35																	
Protéinurie (g/l)	0,21	0,06	0,14	0,09								0,25	0,14				0,12				0,09
ProtU/24 **est		0,04																			0,24
ASAT (ui/l)				9																	
ALAT (ui/l)				10																	
Glycosurie (g/l)	0,21		0,05	0,07								0,13					0,02				
Glyc. AJ (g/l)	1	1,01																			
Gly 50g	1,46																				
Gly 75g		1,13																			
Tps de Quick (%)				100																	100
TCA M/T				28,3/28																	24/28
Fibrinogène (g/l)																					6,1
Activité antiXa								0,17		0,26		0,22					0,17	0,28			

Début de grossesse : 18/01/2010 Terme 18/10/2010

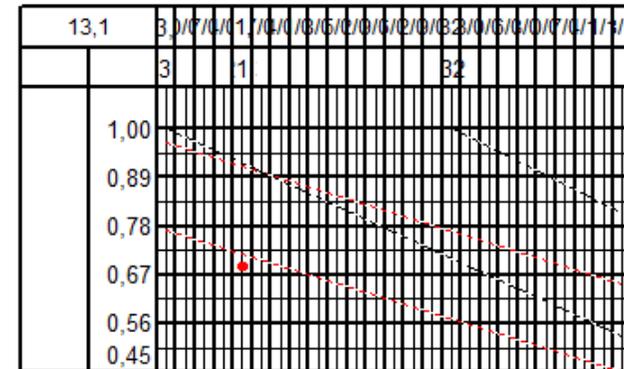


BIP _____ Fém. _____ Courbes CFEF 2000

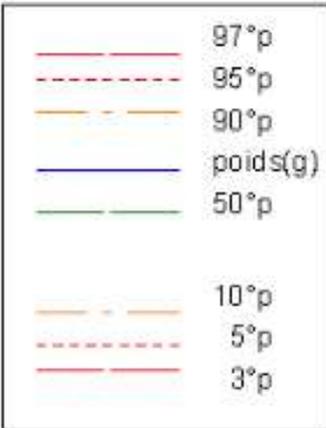
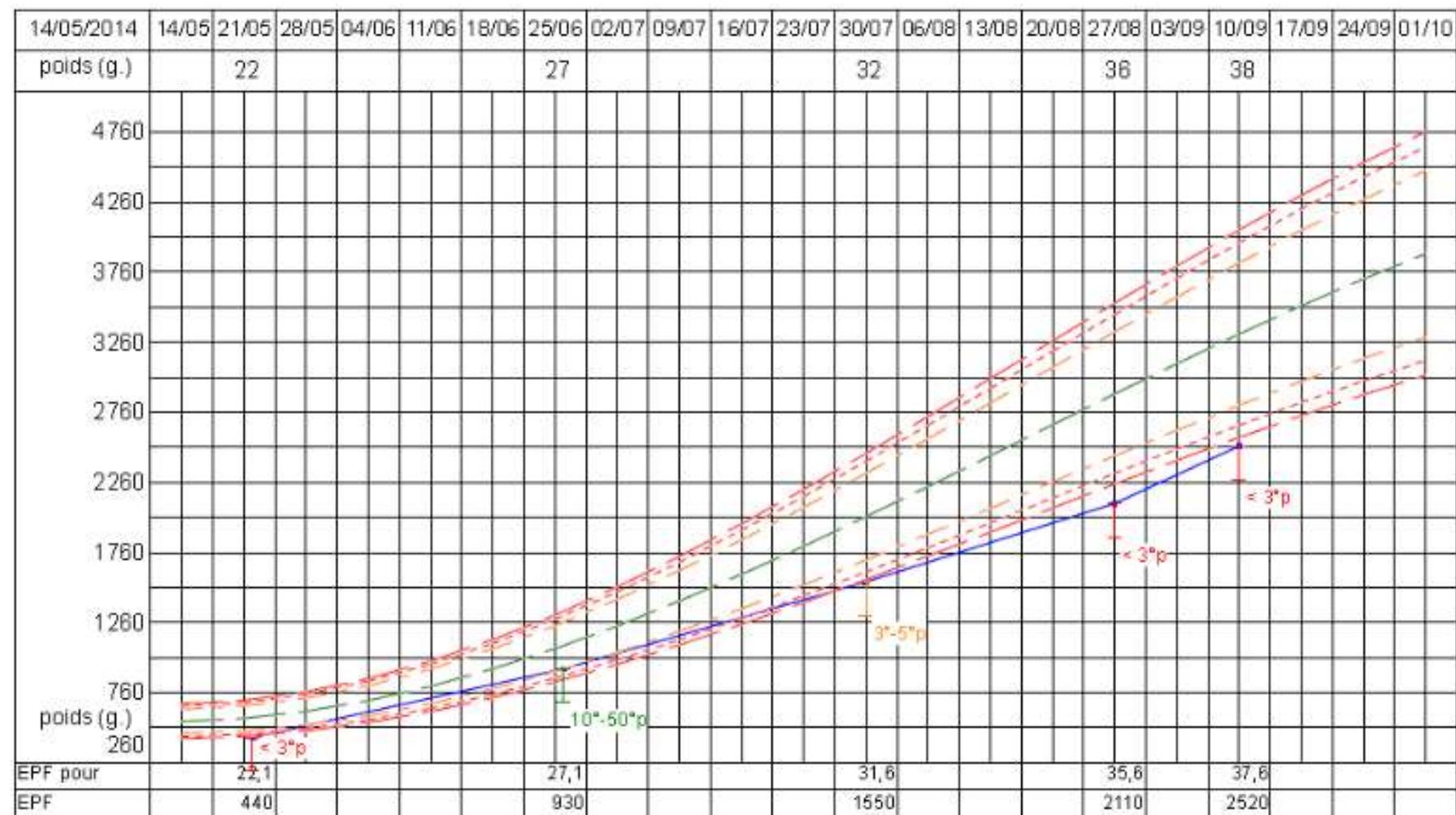


PC _____ PO _____

Indice de résistance cérébrale
 Indice de résistance ombilicale



Mère : 28ans 5 enfants, 172cm, 64Kg, BMI 21,6
 Foetus de sexe : masculin



ADMISSION :
date 18/10/2010 09:00 Terme : 38,6 SA
Sage-femme : DUBREUIL (Suivie / GODARD Alan)

EXAMEN GENERAL :
Poids = 85 Température = 36,9 °C Synt. fébrile = 0 (+ 54 Kg)
TA = 98 / 66 ; signes HTA : aucun
S = 0 ; A = 0 ; Leucos = 0 ; Nitrite = 0

EXAMEN OBSTETRICAL :
HU = 36 cm
du sommet appliqué dos à gauche
COL court médian ramoll à 5cm, Bishop 9
ADMISSION pour déclenchement pour pathologie
Déclenchement pathologie @ale par oxytocine
Membranes intactes

ACCOUCHEMENT :
18/10/10 à 13h40
Durée du travail : 4 heures
durée de 5cm à complète : 4,6 heures
durée à dilatation complète : 0,4 mn.
durée des efforts expulsifs : 2 mn.
mode d'accouchement : voie basse + intervention
conduite du travail : dirigé
rupture des mb : artificielle
durée ouverture col : 3h

ANOMALIE :
dysproportion : Macrosomie
SFA : RCF patho
Patho. de l'expulsion : dystocie des présentations postérieures, SFA : RCF pathologique
Intervention : ventouse
thérapeutiques : Oxygène au masque, ISOCARD*

ANALGESIE : péridurale sur KT PCEA (vol total perfusé : 37ml, bolus demandés : 7 validés : 5),
Durée : 3h
Anesthésiste : JOUEIDI

HEMORRAGIE : physiologique

PERINEE : déchirure réfection point(s) simple(s)

ENFANT : Nouveau né de sexe masculin, pesant 3740 grammes, taille : 53 cm, PC : 35 cm.
APGAR à 1 min : 10 / 5 min : 10 ; Lactates 2mM/l
Mort fœtale : non
Prophylaxie : Vitamine K orale, désinfection oculaire, perméabilité aérophygienne, perméabilité anale
Allaitement : artificiel
Sortie de salle de W : Maternité

Sage-femme : Mlle DUBREUIL, Gynéco : Dr GODARD

PARTOGRAMME **PRONOSTIC**
Sonia **Née :** **13/06/**
PRONOSTIC : réservé
Bassin cliniquement normal, ayant fait ses préuves



Heure	09h00	10h30	11h30	12h30	13h40
RCF	110-160, V6-25, réactif, DO	110-160, V6-25, réactif, DO	110-160, V6-25, réactif, DO	110-160, V6-25, réactif, DV/prolongées > 1 CU / 2 Atypiques	100-110, V6-25, réactif, DV/courtes rares typiques
Orientation	ocipitale	ocipitale	OIDA	OIDA	/OP
flexion	bien fléchie	mal fléchie	mal fléchie	bien fléchie	bien fléchie
Cal	court, médian, mou	Effacé, médian, mou.	Effacé, médian, mou.	Effacé, médian, mou.	Effacé, médian, mou.
sollicitation col	mauvaise	bonne	bonne	mauvaise	bonne
Membranes	intactes	rompues	rompues	rompues	rompues
LA		clair	clair	clair	clair
CU int. d. repos	+/- 40s / 4mn	++ 50s / 2mn	++ 50s / 2mn	++ 50s / 2mn	++ 40s / 2mn
CU qualité	hypocinésie	hypocinésie	normale	normale	normale
Comportement/doul	calme/1	calme/1	calme/2	calme/3	calme/3
TA	98/66	103/63	97/62	136/69	109/71
T°C/Poids	36,9°C / 85	37°C / 85	37,1°C / 78	37°C / 87	37°C / 83
Synto* (mU/ml)			4	10	9
RINGER-LACT 0.5L	N°1 posé	N°2 posé	N°3 posé	#####	#####
ISOCARD* Sublingual				1+1 à 2mn	
O2			***	***	
Consultant	C.Dub	C.Dub	C.Dub	C.Dub	C.Dub

EVENEMENTS :

18/10 9h00 - C.Dub Appel DR JOUEIDI pour pose APD Dr Godard prévenu du passage en salle de travail Déclenchement par rupture précotoneuse des membranes et scytocines

18/10 à 9h45 APD Dr JOUEIDI péridurale sur KT PCEA 1 ponction en L3-L4, dose test Xylo 0.1% 3cc, 1'd NAROPENE 0,2% 5cc, +SUFENTA 1'd : 5gamma. Protocole : seringue 60ml - 36ml NAROPENE 0,2% + 6ml SUFENTA + NaCL 0.9% 18ml ras.

18/10 10h25 - SYNTOCMDW® en IVC débuté pour déclenchement à la dose de : 2 mU/mn

18/10 10h30 - C.Dub Quantification 600 ml LA

18/10 à 10h40 - Rupture de la poche des eaux artificielle pour déclenchement artificiel Liquide abondant, clair Mlle DUBREUIL

18/10 11h30 - C.Dub Assise en tailleur

18/10 à 12h19 C.Dub, RCF 100-110b/mn, V6-25, réactif, DV/courtes rares Atypiques

18/10 12h25 SFA : O⁺, DLG, <-> SYNTO⁺, ISOCARDx1+1

12h28 - Appel Dr GODARD
Motif : Bradycardie à 70 bpm pendant 5 mn suite hypercinésie de fréquence

12h30 - Arrivée Dr GODARD

18/10 à 12h30 - Sondage urinaire à demeure par Mlle DUBREUIL

18/10 12h45 - 1,7ml/l

18/10 12h52 - SYNTOCMDW® en IVC débuté pour déclenchement à la dose de : 3 mU/mn

Toco interne (13:06)
Mlle DUBREUIL

13h18 - Appel Dr GODARD
Motif : Urines sanguinolantes RCF de base basse 105bpm présentation mal fléchie

13h20 - C.Dub - CU : ++ / 40" / 2'sous SYNTO 3 mU/mn. Douleur : 3. Patiente en position gynécologique. Col : effacé, ramoll, 10 cm, mauvaise sollicitation, OIDA fixée. Membranes rompues, liq amniotique clair. R.C.F 100-110, V6-25, réactif, DV/courtes rares typiques. TA : 106/64 T : 38,9°C

13h22 - Arrivée Dr GODARD

18/10 à 13h37 - Début des efforts expulsifs

18/10 à 13h40 - NAISSANCE d'un enfant de sexe masculin pesant 3740g, 53cm ; voie basse + intervention : dystocie des présentations postérieures, SFA : RCF pathologique ventouse à partie haute avec rotation pour défaut de flexion après 2mn d'EE par Dr GODARD
OIGA/OP

18/10 à 13h50 - Délivrance dirigée
par Mlle DUBREUIL pas d'anomalie 756g, mode Baudelocque, saignements physiologiques

18/10 13h52 - Mlle DUBREUIL : Suture déchirure 1 e degré en vaginal 2 points polyabs 0 à la peau vicryl 2-0 surjet intra dermique TV ok compresses retirées saignements physiologiques

18/10 à 15h40 - Sortie de salle
par Mlle DUBREUIL : TA = 89/53, Poids = 85, T°C = 36,9, globe : bon ; Saignements physiologiques. Patiente perfusée avec 5 U/l synto /Vl uterus surdilatendu avant accouchements. Retour en chambre, peut boire et manger.

Ouverture du dossier patient à Châtellerault.

Scénario de prise en charge

1. La patiente prend RV => Agenda

- Auto-questionnaire sur le [site de la maternité](#)

• Mode dégradé :

- PC en salle d'attente et salle de pré W
- lien remis à la patiente pour une saisie à domicile.



Centre Hospitalier de CHATELLERAULT

Centre Hospitalier de LOUDUN

La maternité Châtellerault
GROUPE HOSPITALIER NORD VIENNE

Accueil Ma grossesse Bébé arrive... La gynécologie Mes contacts

Mon inscription à la maternité

Avant tout, je pense à m'inscrire à la maternité avant le début de mon suivi à l'hôpital.
Pour cela, je remplis un des 2 formulaires ci-dessous qui correspond à ma situation.

 Ouverture de dossier
Inutile si vous avez déjà un dossier complet dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital de Châtellerault
Clic sur la photo pour accéder au formulaire

 Mise à jour d'un ancien dossier
Pour une nouvelle grossesse en cours (sauf IVG)
Clic sur la photo pour accéder au formulaire

INTÉRÊTS

- La patiente s'investie dans la tenue de son dossier.
- Elle prend le temps de rechercher les dates de vaccination, d'intervention, d'allergie etc.
- questionnaire peut être très complet : code INSEE des professions, origine ethnique expliquée, personne de confiance, à prévenir (références texte).
- fait gagner un temps précieux aux PS, la saisie est automatiquement transcrite dans le dossier, il ne reste plus qu'à valider ou éclaircir.

Prise en charge du patient à Châtelleraut.

Scénario de prise en charge

2. Premier contact avec gynécologue, sage-femme de ville ou PMI du RÉSEAU VILLE HÔPITAL

Le dossier est immédiatement créé à la maternité, toutes les saisies concernant la grossesse sont exportées automatiquement.

Et réciproquement en cas de consultation en urgence à la maternité.

En projet : mise à disposition d'une version délocalisée pour les généralistes.

**GROSSESSE ACTUELLE Mademoiselle [REDACTED] 25 Ans DGE =
14/03/2010 Terme : 12/12/2010**

Rubéole Positif - 03/06/2010
BW = nég. 03/06/2010
HIV = nég. - 03/06/2010
Ag Hbs = Nég. - 31/08/2010

Toxo : NEGATIF - 02/11/2010

**A +
Cc ee Kell Négatif
RAI = Négative
Transfusion : non**

Pare : 0 ; FCS : 2 ; FCP : 0

W : oui
Trajet : 40 Km
Tabac <10 /j / <10 /j

PV : Négatif

==> (29/06/2010)
RAS
==> (06/08/2010)
Examen obstétrical normal.
==> (02/09/2010)
RAS
==> (17/09/2010)
RAS
==> (08/10/2010)
REPOS.
==> (03/11/2010)
HGPO normal, ramene son carnet de santé
au prochain rdv

29/06/2010	29/06	06/08	02/09	17/09	08/10	03/11
T.Th/T.Corr	17 / 17,2	22,4 / 22,5	26,3 / 26,4	28,4 / 28,5	31,4 / 31,5	35,2 / 35,3
MAF	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
métrorragies	non	non	non	non	non	non
CU	non	< 10	non	non	non	non
SFU	non	non	non	non	non	non
Leucos	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques	physiologiques
Signes fonct.	asthénie	asthénie, pyrosis	asthénie	asthénie	dl ligamentaires sévères, asthénie	dl ligamentaires sévères, asthénie
Poids (prise)	85Kg (+0Kg)	88Kg (+3Kg)	89Kg (+4Kg)	89Kg (+4Kg)	89Kg (+4Kg)	91Kg (+6Kg)
SF HTA	céphalées	céphalées, vertiges, OMI	céphalées	céphalées	aucun	OMI+MS
TA	14/7	11/7	13/8	13/7	12/7	13/8
Coeur foetal	normale	normale	normale	normale	normale	normale
HU (cm)		15	19	26	26	30
spéc. Obs	sain	sain	sain	sain		
Présentation		du siège,	du siège, dos à gauche	ndéterminée, dos à gauche	céphalique, dos à gauche	céphalique, dos à droite
Col	long, postérieur, tonique, fermé,	long, postérieur, intermédiaire, fermé,	ong, postérieur, tonique, fermé,	ong, postérieur, tonique, fermé,	mi-long, postérieur, intermédiaire, fermé,	mi-long, postérieur, intermédiaire, fermé,
Consultant	MILLE CONORT	INTERNES	MILLE CONORT	MILLE CONORT	Mme COPIN	Mme POTTIER
Prochain RV		Cs + écho à 32 SA			Cs SF dans un mois	Cs SF dans 3 semaines

Bassin cliniquement normal

Début 14j P. : 19/10/2010
Début congé : 02/11/2010
Pronostic : bon
APD : oui

Membres inf. : normal Ausc. card. : normale
Poumon : normale thyroïde : Normal
06/08/2010 FCV normal : oui, non vu

Poids echo 1600g à 31,5SA

Déclenchement : non
allaitement artificiel

Cs Anesth. :

"standard" +/- APD Sevrage tabac, diététicienne

Le 08/10/2010 (D.Cop)
FCV à refaire en post-natal.

OUTIL DE GESTION DU RISQUE SYSTÈME D'AIDE À LA DECISION MEDICALE (SADM).

Dossier structuré

- Présenter des informations pertinentes.
- Signaler des données manquantes.
- Alerter en cas d'information suspecte.
- Aide à la prescription d'examen complémentaire ou de pharmacie.
- Aide à la décision médicale.

PRÉSENTER DES INFORMATIONS PERTINENTES ET MISES EN FORMES.

Rassembler sur un écran les données utiles à la décision associées à un code couleur usuel, le rouge inquiète, le vert rassure...

Synthèse de la grossesse G5 - P2 - 40 ans

DGE 11/12/2017 Terme le 10/09/2018 écho précoce

Edité le 08/09/2018 au terme de

Grossesse unique spontanée

86100CHATELLERAULT

CONTEXTE : taille 166cm Poids hab 105Kg BMI 38,1**ADDICTION** : TABAC oui**Allergie** : aucune

Rubéole Positif - 23/08/2018
 BW = nég. 20/08/2018
 HIV = nég. - 02/03/2018
 Ag Hbs = Nég. - 23/04/2018

Toxo : **NEGATIF**, 23/08/2018

FCV 13/02/2018 Absence de cellules endocervicales

T21 : 1* T ! Attention écho de 22SA
T21 1/348 Proposer DPNI. Nuque=
1.7/1.08 HCG=2.17 PAPP-A=1.31

Poids echo 2280g à 32,25A 50°-90°p EGO

DPNI : négatifdiabète ID **CAT pdt W faite.****Coq à faire en SDC****FDR perso :****FDR Fam :**Diabète insulino-dépendant familial : **OUI**Diabète non insulino-dépendant familial : **OUI** Mère : DT2 ttt par METFORMINE

Grand Mère Maternelle : DT2 sous insuline

HTA familial : Père, ttt HTA pour son père**FDR Obst** : **ut 1-cicatriciel**

grossesse à haut risque : **ATCD maternel médicaux, ATCD familiaux Obésité / DT2 chez sa mère / HTA chez son père**
Surveillance sur place, Accouchement sur place Châtellerault

O+ vérifié, **RAI Négative 23/08/2018**, **Transfusion : non**
 Père : 168cm

PV STREPT B +07/08/2018
ECBU : Négatif 08/03/2018
Strepto B : Pénig 5M IV+2.5M/4h

Infection cervico-vaginale (patho.) : Streptocoque B
Diabète : gestationnel ID
Pathologie foetale : Anomalie de la croissance fœtale macrosome
 CAT accouchement : **cesar prophylactique Mme MARCELIN**
 Commande sang Inutile
 Cs anesth faite
 Bassin ayant fait ses preuves
 RPM : TM = 11 PRP = 11
 BiS = 10,9 Magnin = 22,2

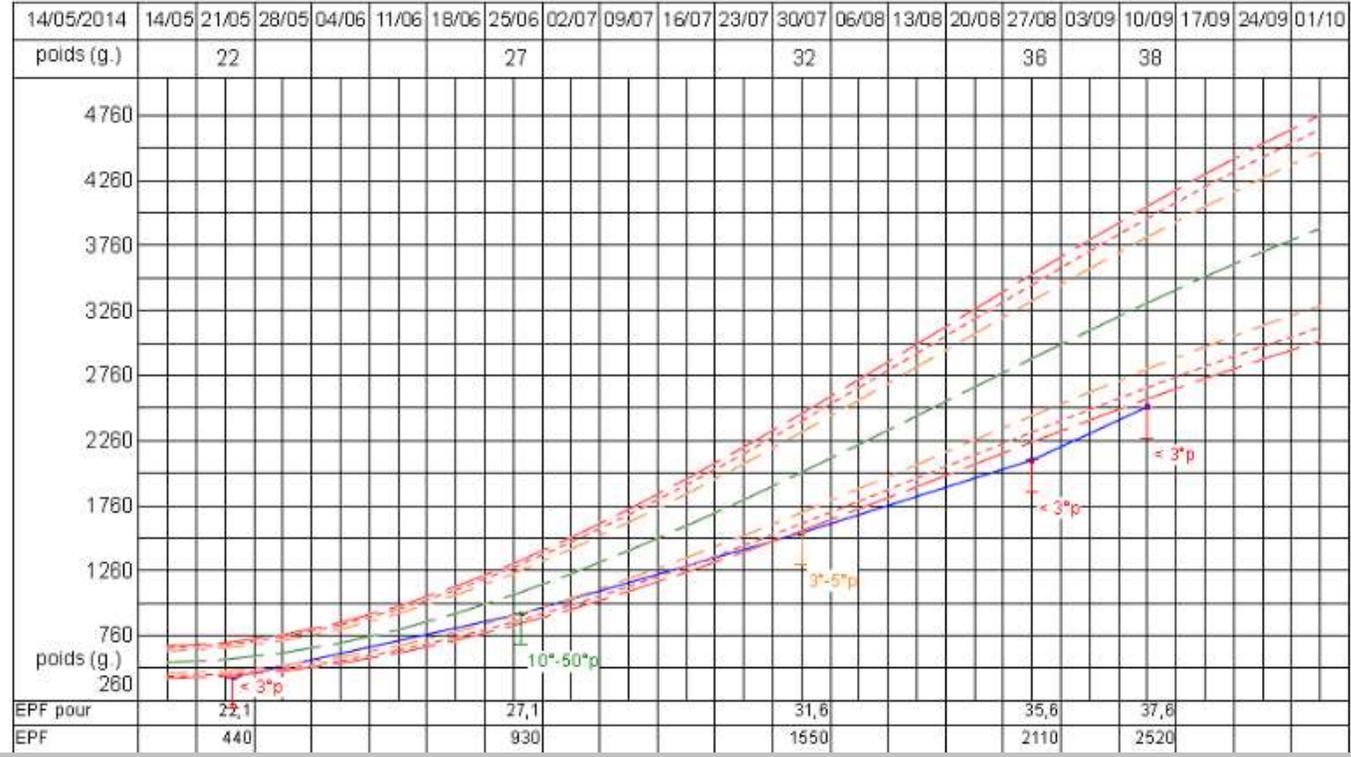
NOTES et STAFF :

11/07/2018 Dr GODARD : Info ut cicatriciel faite. fiche à récupérer.

13/08/2018 GODARD Motif siège, echec version. Bassin rétréci, ut cicatriciel. César prophylactique à 38.5 Dr GODARD. Voie d'abord ???

14/08/2018 Staff FP, AG, TI, CDS, CAT faire écho de repérage abdo en pré op immédiat. valves vaginales

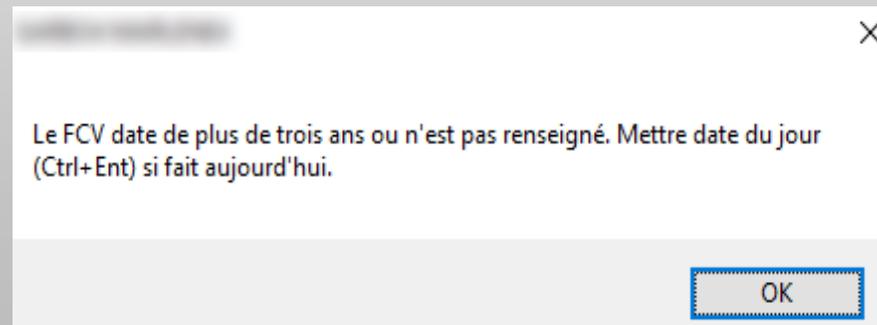
Mère : 28ans 5 enfants, 172cm, 64Kg, BMI 21,6
 Foetus de sexe : masculin



- 97^p
- 95^p
- 90^p
- poids(g)
- 50^p
- 10^p
- 5^p
- 3^p

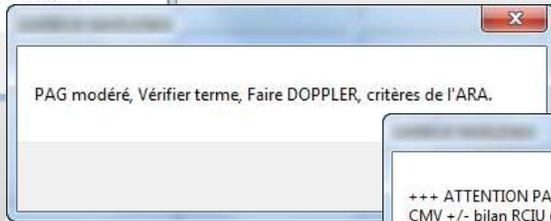
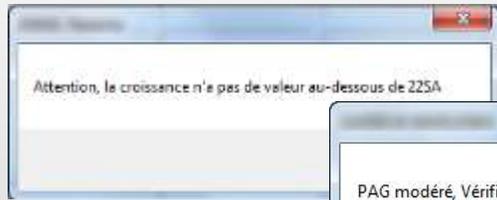
Rappeler des données manquantes ou obsolètes.

Par exemple, le rappel du frottis si l'âge de la patiente est compris entre 25 et 65 ans et si le frottis date de plus de 3 ans.



Détecter et alerter à l'arrivée d'un résultat critique.

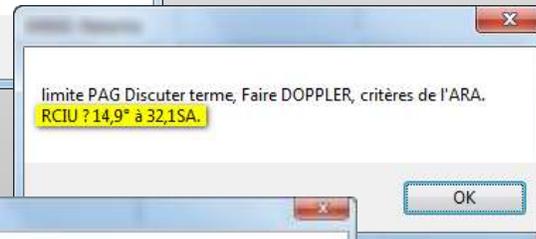
Ci-dessous, le signalement d'un PAG ou d'un RCIU. L'alarme peut être graduée.



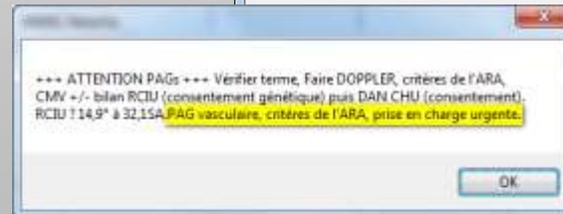
PAG modéré



PAG sévère



Aggravation par rapport à l'examen précédent (32SA) ou FdR identifié (oligoamnios).



Doppler des artères utérines pathologique associé.

Aide à la prescription.

Prescription d'examens complémentaires :

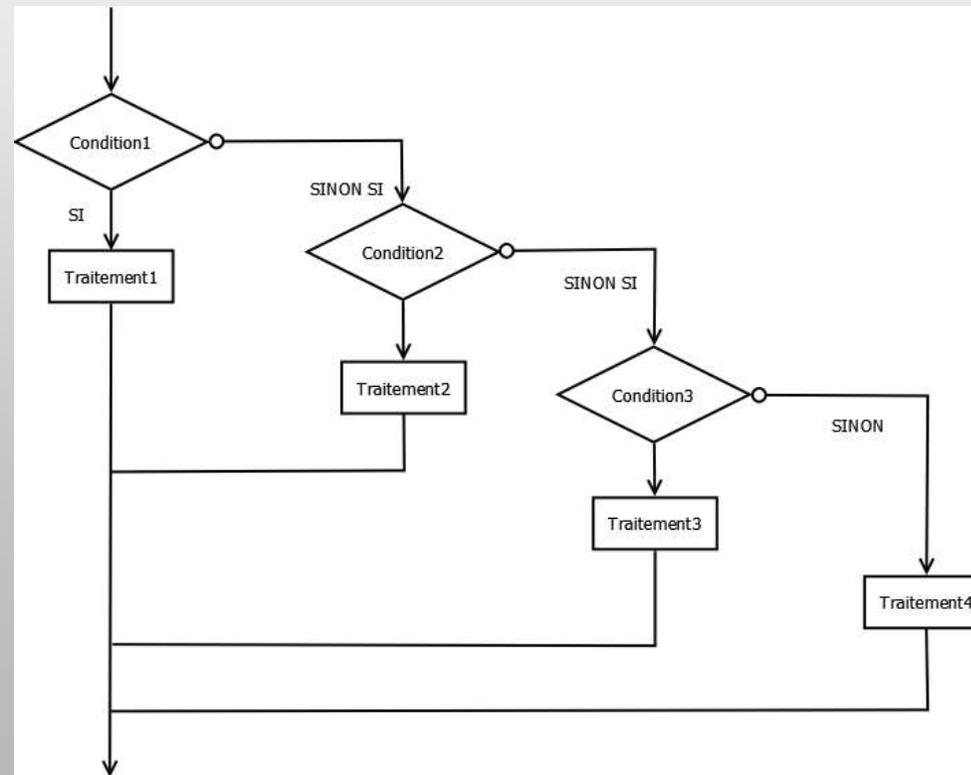
Une liste automatique, générée dynamiquement en tenant compte des données du patient afin de ne comporter que les examens appropriés, est proposée.

Prescription médicamenteuse.

Le DSAM permet de réduire les erreurs de prescription et les effets indésirables évitables, de favoriser l'application des recommandations de pratique et de bon usage des médicaments.

OUTIL DE GESTION DU RISQUE AIDE À LA DECISION

- **Principe** : un algorithme décisionnel déclenche une alarme lorsque la situation de la patiente croise un risque identifié. Cette alarme propose un protocole de surveillance et/ou de traitement.



LIBELLÉ

RÉPONSES COURANTES

Date ana-path	02/05/2019
FCV N°	464685
ADICAP	FCGC0G10,FYGC0170
HPV onco	en attente
Result FCV	ASCUS HPV onco + HPV neg HPV en attente p16/Ki67 positif mycose gardnerella vaginalis actinomycose trichomonas vaginalis Non réponse
Colposcopie	
CAT FCV inca	Demander typage HPV sur direct.

LIBELLÉ	RÉPONSES COURANTES
Date ana-path	02/05/2019
FCV N°	464685
ADICAP	FCGC0G10,FYGC0170
Result FCV	ASCUS, HPV onco +
Colposcopie	
	colposcopie et biopsie si anormale.

Le 02/05/2019 (A.God) «Ana-path FCV : ASCUS, HPV en attente vu 10/06/2019»

Y ana-path

?

Date

FCV

ASC

CA

Cor

sys

Le

Lec

Le 07/05/2019

Y HPV

?

Date

FCV

HPV

Envoi de courrier

Liste complète Liste personnalisée

Filter sur le libellé ou le nom fichier du courrier



Descriptif	Fichiers	Ut
<input type="checkbox"/> Envoi ordonnance suite téléphone	TéIOrdo	12
<input type="checkbox"/> ESSAI	ESSAI	01
<input type="checkbox"/> Etiquette NNé (3) avec nom prénom	EtiqNN2	15
<input type="checkbox"/> Etiquette planche patient	EtiqMere	18
<input type="checkbox"/> Etiquette unique CeGIDD	EtiqCeGIDD	15
<input type="checkbox"/> Etiquette unique patient	EtiqMere1	17
<input type="checkbox"/> Etiquette unique URGENCE NNé mode dégradé	EtiqNN1	16
<input type="checkbox"/> Etiquettes pour BB	EtiqBB	17
<input type="checkbox"/> Evaluation-ATNC	CLIN-INF-ENR-007	30
<input type="checkbox"/> FCV atrophie	FCVatrophie	19
<input type="checkbox"/> FCV inflammatoire	FCVinfla	16
<input type="checkbox"/> FCV inflammatoire + TTT + controle	FCVctrl	14
<input type="checkbox"/> FCV normal	frottnor	13
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance grossesse	FCVordoG	15
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance Gyn	FCVordon	15
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance Gyn Battandier	FCVordoGBattandier	30
<input type="checkbox"/> FCV à refaire	FCVrefaire	21
<input type="checkbox"/> FCV-Convocation biopsie	FCVbiop	11
<input type="checkbox"/> FCV-Convocation conisation	FCVconis	21

Impression

Ex: 1

Imprimante :

Imprimante par défaut

Sauvegarde

- Aucune
- Mentionner
- Complète

Correspondants Multiples

Proposer modifications communes

Imprimer

Editer

Imprimer / Editer / Mailer

rim

IE (02-12-1990) 31-05-2019 11H10-06 5337

- Sélection
- Intégrer comme
 - Texte
 - Questionnaire
 - les Deux
- Archiver

Complet		Avec remplacements
T.	C.	Libellé
		BALTUS
		1
		[blurred]
		[blurred]
		[blurred]
		[blurred] ENNE
		[blurred]
		[blurred]
		464881-1
		31/05/2019
		. cabinet-baltus-bonneau
		. maternite.camille.guerin
		CABINET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
		Dr E.BALTUS Dr F.BONNEAU-HERVE
		51, rue Chanoine de Villeneuve - CS 80822 - 86108 CHATELLERAULT CE
		Tél : 05.49.21.89.89 Fax : 05.49.21.44.74
		Docteur GODARD Alain
		BIOPSIES DU COL UTERIN

questionnaire
Y ana-path

Données

question	valeur
Date ana-path	31/05/2019
FCV N°	464250
ADICAP	PHGCESS3
Date FCV	31/05/2019
date biopsies col	31/05/2019
date biopsies endomètre	31/05/2019
Conclusion ANA PATH	CIN 3 à 3H et 10H.

LIBELLÉ

RÉPONSES COURANTES

Date ana-path	<input type="text" value="31/05/2019"/>
FCV N°	464250
ADICAP	PHGCE5S3
Result FCV	ASCUS, HPV onco +
Colposcopie	anormale biopsie
résultat biopsies col	CIN III
CAT FCV inca	COLPO satisfaisante : electro résection anse sous colpo.

Envoi de courrier

Liste complète Liste personnalisée

Filtre sur le libellé ou le nom fichier du courrier



Descriptif	Fichiers	Ut ^
<input type="checkbox"/> ESSAI	ESSAI	01
<input type="checkbox"/> Etiquette NNé (3) avec nom prénom	EtiqNN2	15
<input type="checkbox"/> Etiquette planche patient	EtiqMere	18
<input type="checkbox"/> Etiquette unique CeGIDD	EtiqCeGIDD	15
<input type="checkbox"/> Etiquette unique patient	EtiqMere1	17
<input type="checkbox"/> Etiquette unique URGENCE NNé mode dégradé	EtiqNN1	16
<input type="checkbox"/> Etiquettes pour BB	EtiqBB	17
<input type="checkbox"/> Evaluation-ATNC	CLIN-INF-ENR-007	30
<input type="checkbox"/> FCV atrophie	FCVatrophie	19
<input type="checkbox"/> FCV inflammatoire	FCVinfla	16
<input type="checkbox"/> FCV inflammatoire + TTT + controle	FCVctrl	14
<input type="checkbox"/> FCV normal	frottnor	13
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance grossesse	FCVordoG	15
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance Gyn	FCVordon	15
<input type="checkbox"/> FCV ordonnance Gyn Battandier	FCVordoGBattandier	30
<input type="checkbox"/> FCV à refaire	FCVrefaire	21
<input type="checkbox"/> FCV-Convocation biopsie	FCVbiop	11
<input type="checkbox"/> FCV-Convocation conisation	FCVconis	21
<input type="checkbox"/> FCV-Convocation pour électrocoagulation du col	FCVélect	27

Impression

Ex :

Imprimante :

Sauvegarde

 Aucune
 Mentionne
 Complète

Correspondants Multiples

 Proposer modifications com

Imprimer

Editer

Imprimer / Editer / t

NOMBREUX EXEMPLES :

Analyse du rythme cardiaque fœtal

RCF Rythme: 110-160
RCF variabilité: 6-25bpm
RCF Réactif: au moins 2 accélérations/30mn
RCF Décélération: variables
durée de ralentissements: courte <3mn
Ralentissement répétés: rares
critères atypie: <60sec & ampl<60bpm

Classification RCF: Faible Risque d'Acidose

Interprétation RCF: RCF Faible Risque d'Acidose

Si pas de facteur de risque :
Surveillance continue puis

Actions possibles :

- Traiter HoTA
- Changer de position
- Si hyperactivité utérine, arrêt Synto*

Si anomalies persistent : lactates au scalp

RCF Rythme: 110-160
RCF variabilité: 6-25bpm
RCF Réactif: au moins 2 accélérations/30mn
RCF Décélération: tardives
durée de ralentissements: courte <3mn
Ralentissement répétés: > 1 CU/2

Classification RCF: Risque Important d'Acidose

Interprétation RCF: Prendre en compte le contexte et les facteurs de risque :
ut.cicatriciel

RCF Risque Important d'Acidose
Envisager extraction

Dépistage du risque de trisomie 21.

- mise en place d'une alarme et des recommandations sur le risque de T21, ici le risque des MSM au 1^{er} trimestre est inférieur à 1000 et les taux sont bas.

? Y TRI 21

? DGE : 22/07/2017 Prélèvement au terme de 12,2SA
ECHO : 02/10/2017, nuque : 1,8mm ; LCC : 56,66mm
MSM = 1^{er} trim, PAPP-A : 0,35MoM ; HCG : 0,43MoM ;

Risque intégré 1/583

Conclusion :

1° T ! Attention écho de 22SA T21 1/583 Proposer DPNI ! T 18, triploïdie, MFIU ? Nuque= 1,8/1,21 HCG=0,43 PAPP-A=0,35

Edition de la prescription et du consentement complétés.

EPISTAGE DES TRISOMIES 13, 18 ET 21
PAR ANALYSE DE L'ADN FŒTAL
CIRCULANT

Secrétariat :
Tél : 01 34 40 20 20
Fax : 01 34 40 21 29

e-mail : smedical@lab-cerba.com www.lab-cerba.com

PATIENTE		PRESCRIPTEUR	
Nom. _____		Cachet obligatoire	
Prénoms _____			
Nom de famille _____			
Adresse _____			
		N° RPPS : 10003842/04	
RENSEIGNEMENT CLINIQUE ET ECHOGRAPHIQUE			
RAPPEL : ce test doit être prescrit APRES la réalisation de l'échographie du 1 ^{er} trimestre (joindre le compte-rendu). Il NE DOIT PAS ETRE PROPOSE avant 10 semaines d'aménorrhées. Il NE DOIT PAS ETRE PROPOSE en présence d'une hyperclarté nucale ≥3.8mm ou d'une autre anomalie échographique.			
Date de début de grossesse : 22/07/2017		Nombre d'embryons évolutifs : 1	
Grossesse : spontanée		1 Longueur crânio-caudale : 56,66mm Mesure de la clarté nucale : 1,8mm	
Pathologie maternelle associée:		2 Longueur crânio-caudale : mm Mesure de la clarté nucale : mm	
<input checked="" type="checkbox"/> Pathologie rénale <input type="checkbox"/> Syndrome anti-phospholipide		3 Longueur crânio-caudale : mm Mesure de la clarté nucale : mm	
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie thrombo-embolique <input type="checkbox"/> Traitement HBPM		Chorionicité : :	
<input checked="" type="checkbox"/> Fibrome utérin		Présence d'un jumeau évanescant : Non	

Intégration du score d'indication de thromboprophylaxie RCOG

La saisie initiale des antécédents par la patiente, validée lors de la consultation par le professionnel de santé, permet le calcul du score :

TPV antérieure: Oui

secondaire à chirurgie majeure: Non

survenue sous anticoag: Non

ATCD TVP fam 1^{er}° spont ou E2: Non

détails RCOG: PRE-NATAL

Age : 40ans =>1

BMI : 19,1 =>0

Parité : 1 =>0

Tabac : non =>0

varices : =>0

PMA / FIV : 0

Grossesse : unique

thromboprophylaxie: Score : 5 HR : HBPM dose préventive toute la grossesse et 6 semaines PP 20mg/j. Proposer STAFF MIG+consentement.

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>

Dépistage du streptocoque B

Première étape :

Alarme à l'ouverture de la consultation obstétricale

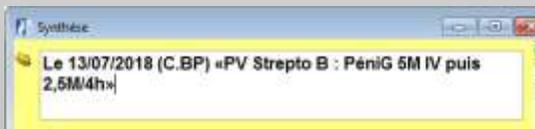
- > 35SA **ET**
- résultat du prélèvement absent **OU** >15 jours.
- ⇒ Le message suivant s'affiche : «**Recherche strepto B à faire.**».

Deuxième étape :

Rédaction de l'ordonnance **ET** en cas d'allergie à la pénicilline, un antibiogramme est prescrit.

Troisième étape :

Résultat HPRIM est intégré dans le dossier structuré. S'il existe un streptocoque B, une alarme est placée dans le dossier, dans le partogramme et dans la consultation d'admission.



Quatrième étape :

Lors de l'examen horaire du partogramme, l'antibiotique est SYSTEMATIQUEMENT proposé s'il n'a pas été encore délivré ou si la délivrance est supérieure à 4 heures (PENI-G) ou 8h (Clindamycine).

Cinquième étape :

En cas d'antibioprophylaxie inadéquate, une surveillance spécifique du nouveau-né à risque d'infection néonatale précoce est démarrée.

**ET DE NOMBREUX EXEMPLES.
AVIS FAVORABLE DE GYNERISQ, HAS, SHAM.**

ANALYSE MULTI-PATIENTS

Analyse transversale des dossiers, quelques exemples :

- La liste des hospitalisés,
- La liste du staff,
- Les patientes à terme ou plus du jour,
- Le retour des examens anatomo-pathologiques...

**RECHERCHER par**

le nom du patient

prénom



nom de naissance

né(e) le

FILTRES

utiliser les filtres



hospitalisation

- Liste patients
- Secrétariat
- Complete
- Hospitalisées**
- Chambre
- Staff
- Terme
- AP attente

160 Acc J1(22h)	DA non décollt, prot est à 1.74 à recontrôler à J2.	Ventouse paracétamol 1.65 ml à 6h30PARACETAMOL à 12h	ART 16/06/2019 P1 EpisioT A+ R+ T-
161 Acc J1(20h)	Allergie Péni		MAT 16/06/2019 P2 Eraillures A+ R+ T+
162 CésarJ2(10h)	siège - DGNID non suivi - BAT - Polyio - Lov 0.4 20h - Antalgiques PO - gazs neg	Risque IMF, 8h/12h + surv dextro à H48.TT /3h +/- cplt seringue	MAT 17/06/2019 P2 A+ R+ T+
163 Acc J3(5h)	Bilan RCIU à rcpr - CMV en cours à récup - Vaccin coq à jour - Si besoin psy à proposer pour jeudi SFU ?	TLE, tétées au bib [LM]. Stop dextros, refaire 2 Dextros /3h si AM exclusif sans clpmt [vu avec Dr CHRISTIN]CALCEMIE à refaire, guthrie fait.12/06 à 12h14	ART 14/06/2019 P1 P_intact A+ R+ T-
164 Acc J2(13h)	Atcd EP J10 PP : lov 0.4 2 mois + BAT 3 mois. Surv plaquettes 1/ mois. Cl OP. Lov 0.4 7h		ART 14/06/2019 P2 Déchirure O+ R+ T+
165 Acc J4(15h)	DEPART. 1 bi profenid donné	Visite pédiatre	MAT 13/06/2019 P2 EpisioT A+ R+ T-

- Options
- Ouvrir le dossier
- Fiche Signalétique
- Nouveau Dossier
- Ajouter dans la file
- File d'attente
- Résultats hPrim
- GARDES 2019

CHCG

RE-OUVRIER LE DOSSIER**FILE D'ATTENTE**

RECHERCHER par
 ▼ le nom du patient x prénom 
 nom de naissance né(e) le

FILTRE
 utiliser les filtres 

Staff

- Liste patients
- Secrétariat
- Complete
- Hospitalisées
- Chambre
- Staff**
- Terme
- AP attente

[Avatar]	45 ans	DGID CAT Acct/ suspicion macrosomie (biometrie)	staff 11/05/2019 terme 12/06/2019
En attente : Biométrie le 23 A rediscuter ensuite			
[Avatar]	20 ans	ATCD CIA en 2013. Suivi cardio/2 ans, cardio non vu pdt la grossesse. Suivi	staff 15/03/2019 terme 25/07/2019
En attente : voie basse autorisée Dr LARRIEU, attente confirmation écrite, EE ? antibio proph et anti			
[Avatar]	31 ans G1 P0	Syndrome d'Ehlers-Danlos diagnostiqué en 2016.	staff 07/06/2019 terme 25/11/2019
[Avatar]	31 ans G5 P2	Mutation facteur V Leyden hétérozygote (dépistage sur MTEV)	staff 13/05/2019 terme 29/11/2019
ACC + En attente : Staff MIG au CHU, dossier par Lucie			
[Avatar]	45 ans	Mise HBPM?	staff 07/06/2019 terme 15/07/2019

- Options ▾
- Ouvrir le dossier
- Carte Vitale
- Fiche Signalétique
- Nouveau Dossier
- Ajouter dans la file
- File d'attente
- Résultats hPrim
-    
- GARDES 2019 ▾

		...ie Yvonne 69 ans RV 17/06/2019 17:10
Liste patients		...ndrine 42 ans AP reçue 24/05/2019 RV 19/06/2019 10:15
Secrétariat		...LT Alexandra 38 ans AP reçue 04/09/2018 RV 24/06/2019 16:50
Complete		...eny 36 ans AP reçue 20/05/2019 RV 15/06/2019 00:00
Hospitalisées		...tal 52 ans AP reçue 15/03/2019 RV 04/07/2019 16:15
Chambre		...tha 26 ans AP reçue 22/03/2017 RV 01/07/2019 16:00
Staff		...ence 47 ans AP reçue 05/03/2019 RV 17/06/2019 16:30
Terme		...ette 74 ans RV 17/06/2019 00:00
	AP attente	...athalie 46 ans RV 17/06/2019 16:20
		...ie 35 ans
		... 38 ans AP reçue 19/02/2019 RV 17/06/2019 17:00
		... 28 ans RV 17/07/2019 00:00
		...stelle 47 ans AP reçue 24/05/2019 RV 21/06/2019 00:00

ANALYSE MULTI-PATIENTS

- Les statistiques, quelques exemples :
 - Simples
 - Complexes.

Export d'interviews

Recherche multicritères et export d'interviews

Critères **Filtre d'affichage** Modèles

Questionnaire :

ZZ Expulsion

Date de référence :

Date de l'interview

Période du :

 10/06

au :

 10/06 Etendre aux interviews saisies entre

0 heure(s) avant et

0 heure(s) après.

medyCS_export_0 - Excel

FICHIER ACCUEIL INSERTION MISE EN PAG FORMULES DONNÉES RÉVISION AFFICHAGE

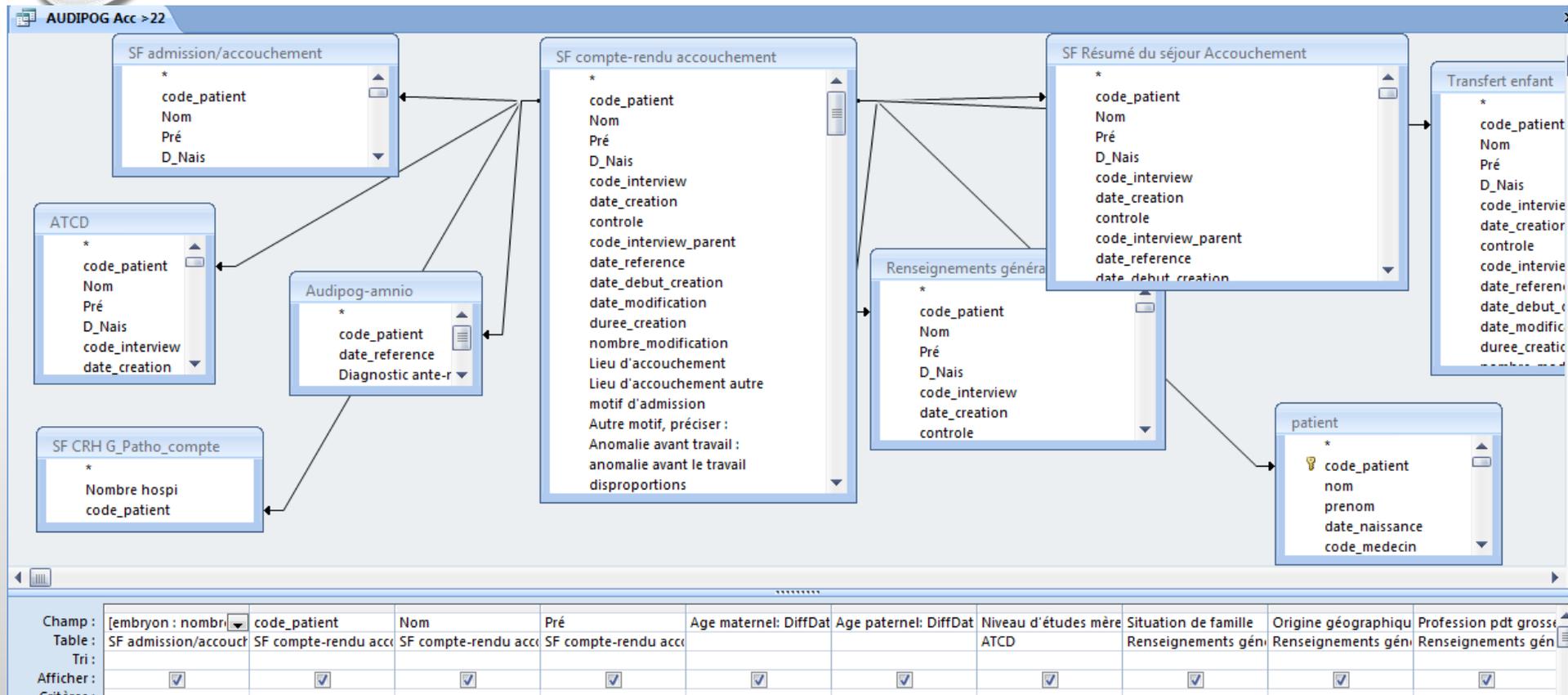
Coller Presse-papiers Police Alignement Nombre Mise en forme conditionnelle Mettre sous forme de tableau Styles de cellules Cellules Éditic

H6

	E	F	G	H
1	mode d'accouchement			
2	voie basse spontanée	78	87%	
3	voie basse avec intervention	4	4%	
4	césarienne pendant le travail	3	3%	
5	césarienne avant le travail en urgence	3	3%	9%
6	césarienne programmée avant le travail	2	2%	
7				
8	total	90		
9				
10				
11	Titre du graphique			
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22	<ul style="list-style-type: none"> ■ voie basse spontanée ■ voie basse avec intervention ■ césarienne pendant le travail ■ césarienne avant le travail en urgence ■ césarienne programmée avant le travail 			
23				
24				
25				
26				

Export MedyCS

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Informations communes											HPP							
2	Numéro du tirage au sort		Liste ACC Liste HPP	Age de la patiente	dossier	Retrouvé Incohérence PMSI Exclu	Date de l'accouchement	Heure de l'accouchement	Type d'accouchement	Patiente suivie pour sa grossesse dans l'établissement	Dossier d'obstétrique informatisé	dossier : pertes totales	dossier : pertes totales	Trace de l'heure du diagnostic d'HPP	Trace en ml de la quantification du saignement au moment du diagnostic	hémorragie est-elle UNIQUEMENT d'origine cervicovaginale ?	Si VB et suite au diagnostic d'HPP : Trace d'une DA	Si VB et suite au diagnostic d'HPP : Trace d'une RU	Présence FT HPP
3														Non 4/78	Non 4/78	Non 47/52	Non 33/56	Non 19/56	Non 31/56
4	PP-HPP6	Lien	PP-HPP7	PP-HPP8	hémorragie	PP-HPP9	PP-HPP10	PP-HPP11	PP-HPP12	PP-HPP13	PP-HPP14			HPP1	HPP2	HPP3	HPP4	HPP5	FT HPP
38	94	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	28	500 à 1000	Retrouvé	07/12/201	04:38	VB	Oui	Oui	par rétention	970	non	non	Non	oui	non	non Mme
39	95	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	29	500 à 1000	Retrouvé	09/05/201	03:56	César	Oui	Oui		600	oui	oui	Non	NA	NA	NA
40	96	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	31	> 1000 cc	Retrouvé	27/05/201	19:36	César	Oui	Oui	par atonie	1400	oui	oui	Non	NA	NA	NA
41	97	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	32	500 à 1000	Retrouvé	31/03/201	12:22	César	Oui	Oui	par atonie	600	oui	oui	Non	NA	NA	NA
42	98	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	29	500 à 1000	Retrouvé	19/06/201	13:36	VB	Oui	Oui		705	oui	oui	Non	non	non	non Mme
43	99	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	33	500 à 1000	Retrouvé	08/04/201	08:42	César	Oui	Oui		570	oui	oui	Non	NA	NA	NA
44	100	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	21	500 à 1000	Retrouvé	03/05/201	16:38	VB	Oui	Oui	par rétention	900	oui	oui	Non	oui	oui	oui Dr
45	101	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	32	500 à 1000	Retrouvé	25/04/201	21:57	VB	Oui	Oui		520	oui	oui	Non	non	non	non Mme
46	102	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	24	> 1000 cc	Retrouvé	24/10/201	14:22	VB	Oui	Oui	par rétention	1140	oui	oui	Non	oui	oui	oui Mme
47	103	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	36	500 à 1000	Retrouvé	21/09/201	06:38	VB	Oui	Oui	par rétention	680	oui	oui	Non	non	oui	non Mme
48	104	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	37	> 1000 cc	Retrouvé	11/05/201	01:20	VB	Oui	Oui	par rétention	1450	oui	oui	Non	oui	oui	oui Mme
49	105	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	19	500 à 1000	Retrouvé	27/07/201	13:08	VB	Oui	Oui	plaie cervico-	1040	oui	oui	Oui	non	non	non Mme
50	106	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	41	> 1000 cc	Retrouvé	29/05/201	20:36	VB	Oui	Oui	par atonie	1050	oui	oui	Non	non	non	oui Mme
51	107	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	26	> 1000 cc	Retrouvé	21/10/201	10:45	VB	Oui	Oui	par rétention	1210	oui	oui	Non	non	oui	oui Mme
52	108	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	26	500 à 1000	Retrouvé	21/04/201	03:16	VB	Oui	Oui	par rétention	500	oui	oui	Non	oui	oui	non Mme
53	109	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	28	500 à 1000	Retrouvé	03/07/201	18:51	VB	Oui	Oui	par rétention	675	oui	oui	Non	oui	oui	non Mme
54	110	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	30	> 1000 cc	Retrouvé	04/01/201	14:25	VB	Oui	Oui	par atonie	1500	oui	oui	Non	non	oui	oui Mme
55	111	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	20	> 1000 cc	Retrouvé	15/10/201	20:57	VB	Oui	Oui	par rétention	1200	oui	oui	Non	oui	oui	oui Mlle
56	112	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	31	500 à 1000	Retrouvé	15/09/201	15:53	VB	Oui	Oui	par rétention	910	oui	oui	Non	non	oui	oui Mme
57	113	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	21	500 à 1000	Retrouvé	29/11/201	18:48	VB	Oui	Oui	par rétention	680	oui	oui	Non	non	oui	non Mme
58	114	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	25	> 1000 cc	Retrouvé	18/01/201	22:47	César	Oui	Oui	par atonie	1680	oui	oui	Non	NA	NA	NA
59	115	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	26	500 à 1000	Retrouvé	20/06/201	15:36	VB	Oui	Oui		500	oui	oui	Non	non	non	non Mme
60	116	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	37	> 1000 cc	Retrouvé	11/11/201	13:12	VB	Oui	Oui	par rétention	1200	oui	oui	Non	oui	oui	oui Dr
61	117	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	36	500 à 1000	Retrouvé	03/01/201	02:00	VB	Oui	Oui	par rétention	1000	oui	oui	Non	oui	oui	oui Mme
62	118	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	30	> 1000 cc	Retrouvé	22/02/201	16:30	VB	Oui	Oui	par atonie	1100	oui	oui	Non	non	oui	oui Mlle
63	119	C:\MedyCS\MedyCS.exe	HPP	30	500 à 1000	Retrouvé	19/12/201	16:47	César	Oui	Oui		860	oui	oui	Non	NA	NA	NA



LES DÉTAILS SONT ICI : [HTTP://LAGODARDIERE.FREE.FR/PHPBB3/VIEWTOPIC.PHP?F=22&T=194#P608](http://LAGODARDIERE.FREE.FR/PHPBB3/VIEWTOPIC.PHP?F=22&T=194#P608)
 FICHER EXCEL TRANSMIS À AUDIPOG

embryon : nombre	code_patient	Age maternel	Age paternel	Niveau d'études mère	Situation de famille	Origine géographique	Profession pdt grossesse	taille mère (cm)	poids habituel (kg)	Précarité	violence conjugale	tabac avant la grossesse	tabac pendant la grossesse	alcool pendant la grossesse	toxicomanie pendant la grossesse
1	29924	25	28	supérieure	vit en couple	France métrop	oui	170	78		non	non		jama	non
1	26501	37	38	supérieure	vit en couple	France métrop	oui	167	58		non	non		jama	non
1	29871	22	26	supérieure	vit en couple	France métrop	oui	158	60		non	non		jama	non
1	25871	29	29	collège, CAP,	vit en couple	France métrop	oui	156	51		non	non		jama	non
1	24736	35	37	lycée (général,	mariée	France métrop	non	174	49		non	non		jama	non

AUDIPOG ET MEDYCS

- EXPORT ANNUEL DEPUIS 2006
- MISE À JOUR DES SPÉCIFICATIONS EN COURS
- EXPORT AUTOMATISÉE D'UN FICHER

INTERFACES

- LOGICIELS D'ETABLISSEMENTS

- SIGEMS
- DOPASOINS / DOPATIENT
- CROSSWAY
- DXCARE
- CLINICOM
- EMED

- LES INTERFACES PERMETTENT :

- CODAGE DES ACTES, DU PMSI.
- DE LIER LE DOSSIER PATIENT AVEC LE LE DOSSIER DE L'ETABLISSEMENT (LIEN IPP)
- D'ENVOYER DES COMPTES RENDU DEPUIS MEDYCS
- DE RÉALISER UN APPEL CONTEXTUEL DEPUIS MEDYCS POUR OUVRIR LE DOSSIER PATIENT DANS LE LOGICIEL CIBLE

INTERFACES

- DE SPÉCIALITÉS
 - DICOM CONQUEST
 - Q-BLOC
 - OPESIM
 - CYBERLAB
 - MEDIFIRST



SITES MEDYCS (plus de 20000 naissances)

- SAINT NAZAIRE
- JULES VERNES
- PCA
- FIEF DE GRIMOIRE
- CH CHÂTELLERAULT
- CLINIQUE VAUBAN
- ARMAND BRILLARD
- CLAUDE BERNARD ALBI
- CH AUCH
- AMBROISE PARE
- LA CROIX DU SUD
- L'UNION
- SARRUS
- BELHARRA
- BEZANNES REIMS

CS DE GROSSESSE

- CHOLLET
- CLINIQUE DU BEAUJOLAIS
- CLINIQUE DU PONT DE CHAUME
- CH DE LANEMEZAN
- HÔPITAL DE CRETEIL
- HÔPITAL DE CAYENNE
- CLINIQUE BRETECHE

NOMBREUX CABINETS GO, SAGES FEMMES

SUPPORTS :

- HOT LINE,
- LISTE DE DIFFUSION,
- FORUM
- SÉMINAIRE

MERCI DE VOTRE ATTENTION

alain.godard@ghnv.fr - 05 49 02 90 65

SÉMINAIRE GYNELOG 2019

Vendredi 20 septembre
au Dimanche 22 septembre



**Hôtel Atlantal
ANGLET**

Thème de la formation

Les progrès de MedyCS - GYNELOG pour la sécurité des soins

Formation à la gestion des risques du GEMA qui sera indemnisée individuellement par l'ANDPC au titre de deux journées (du vendredi 16h au dimanche 13h).