

STAGE de

à

<u>ÉTABLISSEMENT</u>	Nom et Adresse : Service : Chef de Service :
<u>INTERNE</u>	Nom : Prénom : Année des ECN : D.E.S :

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES

		A	B	C	D	E
1	Connaissances Théoriques :					
2	Aptitudes Diagnostiques :					
3	Aptitudes Thérapeutiques :					
4	Aptitudes à l'Urgence :					
5	Hygiène/Propreté :					
6	Relations avec les Patients :					
7	Ponctualité, Assiduité :					
8	Présentation orale des dossiers :					
9	Intégration dans l'équipe de soins :					
10	Acquisitions au cours du stage :					

Echelle d'évaluation : A = Très bien B = Bien C = Assez bien D = Passable E = Mauvais (tout « E » doit être motivé en observation)

APPRECIATIONS

Aspects Positifs :

Difficultés Rencontrées :

<p>AVIS DU CHEF DE SERVICE :</p> <p>STAGE VALIDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>DATE :</p> <p>SIGNATURE ET CACHET :</p>	<p>DECISION DU DIRECTEUR DE L'U.F.R. :</p> <p>STAGE VALIDE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>DATE :</p> <p>SIGNATURE ET CACHET :</p> <p>Pr Didier GOSSET Doyen de la Faculté de Médecine de Lille</p>
--	---

Signature de l'Interne :

DETAIL DES ABSENCES

CONGES ANNUELS

Nombre de jours :

du au

du au

CONGE DE MATERNITE

Nombre de jours :

du au

CONGE DE MALADIE

Nombre de jours :

du au

du au

du au

du au

DISPONIBILITE

Nombre de jours :

du au

du au