**FICHE D’ÉVALUATION DU STAGE DE L’INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES**

**Année Universitaire …./…. / / SEMESTRE : …..**

|  |  |
| --- | --- |
| ***ÉTABLISSEMENT*** :  Nom et adresse : SPÉCIALITÉ DU SERVICE : CHEF DE SERVICE : Nom, prénom :   | ***INTERNE*** Nom, Prénom : Année d’accès à l’INTERNAT : Semestre N° : \_ |

|  |
| --- |
| **GRILLE D’ÉVALUATION : Compétences médicales**: Démarche clinique (1-2) Communication (8), Gestion des soins primaires (4), Aptitude spécifique à la résolution de problèmes (1, 2, 3, 11), approche globale (4, 5), soins centrés sur la personne (6), Prise en charge holistique (7), Orientation communautaire (11), Professionnalisme (3, 9, 10, 11, 12) |
|  |  | A  | B  | C  | D  | E  |
| 1  | Démarche clinique |  |  |  |  |  |
| 2  | Prise en charge thérapeutique |  |  |  |  |  |
| 3  | Connaissance du système de santé ; coordination |  |  |  |  |  |
| 4 | Tient compte de l’ensemble des problèmes médicaux du patient |  |  |  |  |  |
| 5 | Sait résoudre des problèmes complexes |  |  |  |  |  |
| 6 | Pratique des soins centrés sur les attentes et les besoins du patient |  |  |  |  |  |
| 7 | Respecte le patient comme individu, prise en charge holistique |  |  |  |  |  |
| 8 | Communique et échange avec le patient ou les proches  |  |  |  |  |  |
| 9 | Intégration dans la communauté soignante (hôpital et ville) |  |  |  |  |  |
| 10 | Evalue sa propre pratique et cherche à l’améliorer |  |  |  |  |  |
| 11 | Respecte les recommandations dans la gestion des soins |  |  |  |  |  |
| 12 | Ponctualité, assiduité et présentation  |  |  |  |  |  |
| 13 | Qualité des présentations pour le service |  |  |  |  |  |
| 14 | 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). |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES** |
| Aspects positifs : Difficultés rencontrées : |

|  |
| --- |
|  **Pour le stage praticien niveau1, je certifie que l’interne a bien réalisé le minimum de 72 jours de stage** |

**DECISION DE VALIDATION OU NON DU STAGE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Avis du Chef de Service** | **Avis du Coordonnateur local** | **Décision de la Directrice de l’U.F.R** | *Signature de l’Interne* |
| **Favorable\*****Défavorable\*** | **Favorable\*****Défavorable\*** | **Favorable\*****Défavorable\*** |  |
| Date :Signature : Cachet : | Date :Signature : Cachet :**Dr Delphine LE GOFF :** | Date :Signature : Cachet :**Pr Béatrice COCHENER :** | Date :Signature : |

\*barrer la mention inutile