**FICHE DE VALIDATION DE STAGE**

* *Pour les internes de* ***Médecine****, à transmettre au service de Scolarité 3è cycle de* ***Médecine de Brest***
* *Pour les internes de* ***Pharmacie****, à transmettre au service de Scolarité 3è cycle de la* ***faculté dont dépend l’interne*** *+ copie au coordonnateur local*

**Diplôme d’Etudes Spécialisées de BIOLOGIE MEDICALE**

Spécialité : …………………………………………………..

**NOM DE L’INTERNE** : **PRENOM** : …………………

* Médecin
* Pharmacien

Année du concours : …………………

**Semestre n°** …………. **Période du**  …………………………………………….

**AFFECTATION** : Centre Hospitalier :

Intitulé du Service :

Nom du Chef de Service :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Légende :  | A : excellent | B : bon | C : passable | D : insuffisant | NA : non applicable |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Commentaires | A | B | C | D | NA |
| **1° Assiduité au stage** |
| Présence, horaire et attitude générale |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **2° Connaissances techniques et conduite diagnostique** |
| Connaissance des méthodes et interprétation – validation des résultats |  |  |  |  |  |  |
| Maîtrise des gestes techniques |  |  |  |  |  |  |
| Dialogue clinico-biologique |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **3° Participation aux activités** |
| Participation à des présentations orales (staff de service, bibliographie, congrès) |  |  |  |  |  |  |
| Participations aux gardes (polyvalentes, ou dans la spécialité, ..) | Préciser le nombre de gardes faites dans le semestre :Semaine : Week-ends et fériés |  |  |  |  |  |
|  |
| **4° Enseignements complémentaires** |
| Participation à la formation hospitalière (séminaires locaux) |  |  |  |  |  |  |
| Participation aux séminaires interrégionaux (assiduité) |  |  |  |  |  |  |

A ce document peut être jointe l’évaluation des objectifs pédagogiques

à atteindre par l’Interne au cours du semestre

Commentaire général :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stage validé |  |  | Stage non validé |  |

Décision Directeur de l’UFR

VALIDATION

OUI NON

Date :

Signature :

Pris connaissance, le

*(Signature de l’interne)*

Date :

**NOM et signature :**

+ Cachet du service/laboratoire