

### Evaluation en milieu de travail

- Auto-évaluation par le médecin en formation
- Evaluation par le médecin formateur

| Focus                       | <input type="checkbox"/> <b>Mini-CEX*</b><br>Problème clinique:<br>.....<br>.....  | <input type="checkbox"/> <b>DOPS*</b><br>Intervention:<br>.....<br>..... | *par rapport à son niveau de formation |  | <b>Objectifs d'apprentissage convenus</b> |
|-----------------------------|--|--|--|--|---|
|                             |  |  | <b>Qu'est-ce qui était bien?</b>       | <b>Qu'est-ce qui peut être amélioré?</b> |   |
| <input type="checkbox"/>    | <b>Anamnèse</b>  | <b>Préparation / suivi</b>   | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
| <input type="checkbox"/>    | <b>Examen clinique</b>   | <b>Habilitété technique</b>  | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
| <input type="checkbox"/>    | <b>Informations et conseils fournis au patient</b>   | <b>Asepsie / sécurité</b>  | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
|                             | <b>Sens clinique</b>   |  | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
|                             | <b>Organisation / efficacité</b>   |  | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
|                             | <b>Attitude professionnelle</b>  |  | .....<br>.....<br>.....                | .....<br>.....<br>.....                  | .....<br>.....<br>.....                   |
|                             | <b>Autre :</b> .....   |  | .....<br>.....                         | .....<br>.....                           | .....<br>.....                            |
| <b>Impression générale*</b> |  |  | <b>Remarques:</b> .....                |  |   |
|                             | <input type="checkbox"/> dépasse les attentes<br><input type="checkbox"/> correspond aux attentes<br><input type="checkbox"/> inférieur aux attentes |  |  |  |   |

Institution / clinique \_\_\_\_\_

Date de l'évaluation \_\_\_\_\_

Formateur / formatrice \_\_\_\_\_

Médecin en formation \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_