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

**Année universitaire :** 2025 / 2026 **Semestre :** Choisissez

|  |  |
| --- | --- |
| ***TERRAIN DE STAGE*** *(Nom, adresse, spécialité du service) :*  Entrez du texte.  CHEF DE SERVICE (Titre, NOM, Prénom) :  Entrez du texte. | ***INTERNE***  NOM, Prénom :  Entrez du texte.  Année d’accès à l’internat : Entrez du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |  |  |  |
| *Échelle 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 : Entrez du texte .  Difficultés rencontrées : Entrez du texte . | | | | | | |

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

**DÉCISION DE VALIDATION OU NON DU STAGE**

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

► Fiche d’évaluation à retourner, **par le maître de stage**, à l’adresse électronique suivante : **med.mg@univ-brest.fr**