

## FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Année Universitaire .... / .... SEMESTRE : .....

<p><b>ÉTABLISSEMENT :</b>                  Nom et adresse :</p> <p>SPÉCIALITÉ DU SERVICE :</p> <p>CHEF DE SERVICE :                  Nom, prénom :</p>	<p><b>INTERNE</b>                  Nom, Prénom :</p> <p>Année d'accès à l'INTERNAT :</p> <p>Semestre N° : _</p>
--	---

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 :

### 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 :  Pr Bernard LE FLOCH:	Date : Signature : Cachet :  Pr Béatrice COCHENER :	Date : Signature :

\*barrer la mention inutile