

ÉVALUATION DU STAGE DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Stage chez le praticien du au

NOM :

N° DU SEMESTRE :

RESPONSABLE DU STAGE OU TUTEUR :

NATURE DU STAGE OU SERVICE :

LIEU DU STAGE :

CONGÉ ANNUEL : jours.

AUTRES ABSENCES :

Sans opinion	COMPÉTENCES (cf annexe jointe)		Novice	Intermédiaire	Compétent
Relation, communication, approche centrée patient					
	Conduite de l'entretien	Item 1			
		Item 2			
		Item 3			
	Relationnel	Item 4			
		Item 5			
Approche globale, prise en compte de la complexité					
		Item 6			
		Item 7			
		Item 8			
Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire					
	Prévention et dépistage	Item 9			
	Éducation du patient	Item 10			
	Utilisation des outils	Item 11			
	Dépistage	Item 12			
	Promotion de la santé	Item 13			

Sans opinion	COMPÉTENCES (cf annexe jointe)		Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences					
	Aptitude thérapeutique	Item 14			
	Gestion de l'urgence et des soins non programmés	Item 15			
		Item 16			
		Item 17			
	Gestes techniques	Item 18			
	Attitude clinique	Item 19			
	Attitude thérapeutique	Item 20			
Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient					
	Tenue du dossier médical	Item 21			
	Outils de coordination avec les différents partenaires de santé	Item 22			
		Item 23			
		Item 24			
		Item 25			
		Item 26			
Professionalisme					
	Ethique	Item 27			
		Item 28			
	Ressources de formation	Item 29			
	Projet professionnel	Item 30			
	Coût	Item 31			

APPRÉCIATION GLOBALE

 Stage validé

 Stage non validé

 Décision du Conseil de Faculté (cas particulier)

Après présentation du dossier de l'étudiant en Conseils, par le Responsable du Service.

Remarques particulières (notamment en cas de non validation du stage).

Responsable du stage		Stagiaire	
Cachet		- j'ai pris connaissance de cette fiche <input type="checkbox"/>	
		- j'en ai discuté avec l'évaluateur <input type="checkbox"/>	
		- je n'en ai pas discuté <input type="checkbox"/>	
		- D'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>
Date	Signature	Date	Signature

Document à faire parvenir – rempli et signé – au Service Scolarité de l'U.F.R. de Médecine et Pharmacie de Rouen, au plus tard le