

FICHE D'EVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES

A retourner après la signature du chef de service ET du coordonnateur de la discipline :

Faculté de Médecine Pôle Formation - Bureau des D.E.S - 59045 Lille Cedex

**STAGE de Mai 200 à Octobre 200
 Novembre 200 à Avril 200**

<p>Hôpital :</p> <p>SPECIALITE DU SERVICE :</p> <p>CHEF DE SERVICE :</p>	<p>INTERNE</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>PROMO D'INTERNAT :</p> <p>D.E.S. choisi :</p>
---	--

GRILLE D'EVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
1	Connaissances Théoriques :	A	B	C	D	E
2	Aptitudes Diagnostiques :					
3	Aptitudes Thérapeutiques :					
4	Aptitudes à l'Urgence :					
5	Hygiène/Propreté :					
6	Relations avec les Patients :					
7	Ponctualité, Assiduité :					
8	Présentation orale de dossiers :					
9	Intégration dans l'équipe de soins :					
10	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)

APPRECIATIONS
Aspects positifs :
Difficultés rencontrées :

<p>Avis du Chef de Service :</p> <p>STAGE VALIDE : OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">NON <input type="checkbox"/></p> <p>Date, Signature et cachet du service obligatoire:</p>	<p>Coordonnateur local :</p> <p>STAGE VALIDE : OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 100px;">NON <input type="checkbox"/></p> <p>Date, Signature et cachet du service obligatoire:</p>
--	--

Signature du Directeur de l'Unité de Formation

Signature de l'Interne :

DETAIL DES ABSENCES

CONGES ANNUELS

Nombre de jours :
du au
du au

CONGE DE MATERNITE

Nombre de jours :
du au

CONGE DE MALADIE

Nombre de jours :.....
du au
du au
du au
du au

DISPONIBILITE

Nombre de jours :
du au
du au