



## Evaluation des Médecins Assistants et CDC

Nom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Service :	PEDIATRIE / HRC- SITE d'AIGLE	Du :	<input style="width: 15%;" type="text"/>	Au : <input style="width: 15%;" type="text"/>
Année de formation :	Pédiatrie : <input style="width: 15%;" type="text"/> Autres : <input style="width: 15%;" type="text"/>	Remplaçant(e) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Taux d'activité :    %	
Date :	<input style="width: 25%;" type="text"/>	Fonction :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	

E : Excellent - B : Bon - M : Moyen - I : Insuffisant - NA : Non Acceptable - NT : Non Testé

### CONNAISSANCES

	E	B	M	I	NA	NT
Physiopathologie et entités nosologiques, psychopathologie	<input type="checkbox"/>					
Connaissances cliniques (sémiologie)	<input type="checkbox"/>					
Connaissances thérapeutiques (y compris situations d'urgence)	<input type="checkbox"/>					

### RAISONNEMENT

	E	B	M	I	NA	NT
Identification des problèmes	<input type="checkbox"/>					
Hierarchisation des problèmes et reconnaissance de l'urgence	<input type="checkbox"/>					
Capacité de synthèse et de vision globale	<input type="checkbox"/>					
Compétence dans la stratégie d'investigation	<input type="checkbox"/>					
Compétence dans la stratégie thérapeutique	<input type="checkbox"/>					

### ATTITUDE ET QUALITES PERSONNELLES

	E	B	M	I	NA	NT
Attitude générale (collégialité, enthousiasme, participation,...)	<input type="checkbox"/>					
Respect du patient et empathie	<input type="checkbox"/>					
Attitude envers le personnel paramédical	<input type="checkbox"/>					
Fiabilité	<input type="checkbox"/>					
Sens des responsabilités	<input type="checkbox"/>					
Curiosité scientifique, lectures, auto apprentissage	<input type="checkbox"/>					
Capacité d'apprentissage et autonomie	<input type="checkbox"/>					

### SAVOIR-FAIRE

	E	B	M	I	NA	NT
Conduite d'une relation avec patients et entourage	<input type="checkbox"/>					
Habilité technique (VVP, SU, SNG, COV, PL, ventilation, CPAP, etc.)	<input type="checkbox"/>					
Tenue du dossier médical (notes de suites, ordres médicaux, cadres, etc.)	<input type="checkbox"/>					
Lettres de sortie	<input type="checkbox"/>					

### PARTICIPATION A LA FORMATION

Mini-CEX ET DOPS (2x/ 6 mois)	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Cours PALS et de Réanimation néonatale à Aigle (1x /6 mois chacun)	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Qualité des présentations du MA/JE (15-20 min.) et du vendredi matin (1h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### EVALUATION GLOBALE

	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Commentaires du médecin évalué :**

**Commentaires des médecins évaluateurs :**

### PLAN DE FORMATION

### Visas

Médecin évalué	Nom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Médecin évaluateur	Nom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Médecin évaluateur	Nom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Prénom :	<input style="width: 95%;" type="text"/>

### Timbres et Signatures