



COLLÈGE  
DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

STAGE D'ÉVALUATION/  
ADAPTATION EN  
MÉDECINE DE FAMILLE OU  
AUTRE SPÉCIALITÉ  
En vue de la délivrance d'un permis  
restrictif  
**Fiche finale**

ASSESSMENT PERIOD/  
ADAPATION ASSESSMENT  
PERIOD IN  
FAMILY MEDICINE OR  
OTHER SPECIALITY  
Issuance of Restrictive Permit  
**Final form**

|   |   |
|---|---|
| Nom<br><i>Name</i>                                  | Prénom<br><i>Given name</i>                   |
| Actes professionnels :<br><i>Professional acts:</i> | <b>Médecine de famille / Autre spécialité</b> |
| Milieu de stage :<br><i>Evaluation site :</i>       |   |
| Stage d'évaluation :<br><i>Evaluation period :</i>  | Du<br><i>From</i> au<br><i>to</i>             |

**ÉVALUATION GLOBALE / GLOBAL EVALUATION**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Considérant les actes professionnels demandés pour le permis et en vous basant sur la grille d'évaluation ci-dessous, jugez-vous que le candidat possède un niveau de compétence globale comparable à celui d'un résident en dernière année de formation?<br><i>Considering the professional acts requested for the restrictive permit and taking into account the evaluation scale, does the candidate have a global competency level which is comparable to a final-year resident?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Peut-il exercer comme médecin de famille / autre spécialiste au Québec, pour les actes professionnels demandés?<br><i>Can the candidate practice as a family physician / other specialist in Québec, for the professional act requested?</i>   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

**RECOMMANDATION / RECOMMENDATION**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Recommandez-vous la délivrance d'un permis tel que demandé?<br><i>Do you recommend issuance of a restrictive permit as requested?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|---|------------------------------|------------------------------|

**GRILLE D'ÉVALUATION / EVALUATION SCALE - COTES (OBLIGATOIRES) / RATING (COMPULSORY)**

1 = N'atteint pas le niveau attendu  
*1 = Below expectations*

2 = Atteint le niveau attendu  
*2 = Meets expectations*

3 = Dépasse le niveau attendu  
*3 = Exceeds expectations*

| CRITÈRES<br><i>STANDARDS</i>   | COTE<br><i>RATING</i> | COMMENTAIRES INCLUANT LES FORCES ET FAIBLESSES<br><i>COMMENTS INCLUDING STRENGTHS AND WEAKNESSES</i> |
|--|-----------------------|--|
| <b>HABILETÉS / SKILLS</b>  |                       |  |
| A. Recueil et utilisation des documents et des renseignements cliniques / <i>Compilation and utilization of clinical information and documentation</i> |                       |  |
| B. Connaissances cliniques<br><i>Clinical knowledge</i>  |                       |  |
| C. Jugement clinique (décision de soins, traitement et suivi)<br><i>Clinical judgement (decision to care, treatment and follow up)</i>                 |                       |  |
| D. Habiletés techniques et professionnelles<br><i>Professional and technical skills</i>  |                       |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| E. Efficacité dans les cas d'urgence<br><i>Effectiveness in emergency situations</i>                         |  |  |
| F. Habiletés de consultant<br><i>Consultant skills</i>   |  |  |
| <b>ATTITUDES / ATTITUDES</b>   |  |  |
| A. Intérêt et activités scientifiques<br><i>Scientific interest and activities</i>                           |  |  |
| B. Discipline et ponctualité<br><i>Discipline and punctuality</i>  |  |  |
| C. Communication avec les patients ou leurs proches<br><i>Communication with patients and / or relatives</i> |  |  |
| D. Relations interprofessionnelles<br><i>Interprofessional relations</i>                                     |  |  |
| E. Respect du Code de déontologie des médecins<br><i>Comply with the Code of Ethics of physicians</i>        |  |  |

Stage(s) effectué(s) :  
établissement(s) / département(s) :  
*Rotation done: establishment(s) / department(s) :*

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Responsable du stage (prénom et nom) :  
*Rotation Supervisor (first name, name):*

---



---

Signature du responsable de stage / *Rotation Supervisor signature*

---

Date

**J'ai pris connaissance de cette fiche d'évaluation. / I have read this evaluation form.**

---

Signature du candidat / *Candidate signature*

---

Date

**N.B.**

**L'évaluation s'effectue sur la base du niveau de compétence attendue des résidents en dernière année de formation au Québec  
*The evaluation is based on the competency level required from residents in their final training year in Québec***