



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

STAGE D'ÉVALUATION /
ADAPTATION EN
MÉDECINE DE FAMILLE
OU AUTRES SPÉCIALITÉS
En vue de la délivrance d'un
permis restrictif

ASSESSMENT
PERIOD/ADAPTATION
ASSESSMENT PERIOD
IN FAMILY MEDICINE
OR OTHER SPECIALITIES
Issuance of Restrictive Permit

Fiche d'évaluation mi-stage *Mid-training evaluation form*

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

ÉVALUATION DU STAGE / *TRAINING EVALUATION*

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 <i>STANDARDS</i>	COTE <i>RATING</i>	COMMENTAIRES INCLUANT LES FORCES ET FAIBLESSES <i>COMMENTS INCLUDING STRENGTHS AND WEAKNESSES</i>
HABILETÉS / <i>SKILLS</i>		
A. Recueil et utilisation des documents et des renseignements cliniques <i>Compilation and utilization of clinical information and documentation</i>		
B. Connaissances cliniques <i>Clinical knowledge</i>		
C. Jugement clinique (décision de soins, traitement et suivi) <i>Clinical judgement (decision to care, treatment and follow up)</i>		
D. Habiletés techniques et professionnelles <i>Professional and technical skills</i>		
E. Efficacité dans les cas d'urgence <i>Effectiveness in emergency situations</i>		

COTE OBLIGATOIRE
* *RATING COMPULSORY*

VOIR VERSO
SEE REVERSE

F. Habiletés de consultant <i>Consultant skills</i>		
ATTITUDES / ATTITUDES		
A. Intérêt et activités scientifiques <i>Scientific interest and activities</i>		
B. Discipline et ponctualité <i>Discipline and punctuality</i>		
C. Communication avec les patients ou leurs proches <i>Communication with patients and / or relatives</i>		
D. Relations interprofessionnelles <i>Interprofessional relations</i>		
E. Respect du Code de déontologie des médecins <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**