



## Évaluation en milieu de travail

Nom de la clinique : .....

Nom  Prénom

Nature de l'évaluation **Mini-CEX** **DOPS** Date

Thème

<b>Mini-CEX</b>	Ce qui était particulièrement bien	Ce qui peut être amélioré
Anamnèse		
Examen		
Professionalisme Communication		
Explication Consultation		
Organisation Efficacité		

<b>DOPS</b>	Ce qui était particulièrement bien	Ce qui peut être amélioré
Indications, Contre-indications		
Préparation		
Connaissances des étapes de		
Habilité à réaliser l'opération		
Capacité à adapter l'opération à des événements inattendus		
Documentation de l'opération et traitement ultérieur		

**Objectifs convenus :**

- 1.....
- 2.....
- 3.....

L'évaluation a été réalisée et convenue sous la supervision du/de la formateur/-trice indiqué(e) ci-dessous.

Signatures  
Stagiaire en formation ..... Formateur/-trice .....

Ce formulaire reste auprès du/de la formateur/-trice.