

## Evaluation en milieu de travail

Nom de l'hôpital: .....

Nom  Prénom

Type d'analyse **Mini-CEX** **DOPS** Date

Thème

<b>Mini-CEX</b>	<b>Qu'est ce qui était bien?</b>	<b>Qu'est-ce qui peut être amélioré?</b>
<b>Anamnèse</b>		
<b>Examen</b>		
<b>Professionalisme / communication</b>		
<b>Action clinique</b>		
<b>Examen clinique</b>		
<b>Explication/guidance</b>		
<b>Organisation/efficacité</b>		
<b>DOPS</b>	<b>Qu'est ce qui était bien?</b>	<b>Qu'est-ce qui peut être amélioré?</b>
<b>Préparation</b>		
<b>Aptitude technique</b>		
<b>Asepsie/sécurité</b>		
<b>Conduite professionnelle</b>		

**Objectifs d'apprentissage convenus :**

.....  
 .....  
 .....

L'évaluation a été réalisée sous surveillance du formateur responsable.

Signatures

Médecin-assistant

Formateur

Ce formulaire reste avec le médecin-assistant.