



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

*Une médecine de qualité
au service du public*

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

*ASSESSMENT PERIOD/
ADAPATION ASSESSMENT
PERIOD IN
FAMILY MEDICINE OR
OTHER SPECIALITIES
Issuance of Restrictive Permit
Final 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 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? <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? <i>Can he practice as a family physician, 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? <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 <i>STANDARDS</i>	COTE <i>RATING</i>	COMMENTAIRES INCLUANT LES FORCES ET FAIBLESSES <i>COMMENTS INCLUDING STRENGTHS AND WEAKNESSES</i>
HABILETÉS / SKILLS		
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>		
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***