



**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

**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>	<b>Médecine de famille / Autre spécialité</b>
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*

<b>CRITÈRES STANDARDS</b>	<b>COTE RATING</b>	<b>COMMENTAIRES INCLUANT LES FORCES ET FAIBLESSES COMMENTS INCLUDING STRENGTHS AND WEAKNESSES</b>
<b>HABILITÉS / 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 <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>		
<b>ATTITUDES / ATTITUDES</b>		
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**