

## Evaluation semi-annuelle: Formation en Dermatologie, CHUV

Nom de l'assistant/e: \_\_\_\_\_ Nom du formateur/formatrice: \_\_\_\_\_

Rotation: \_\_\_\_\_

Année de formation: 1ère 2ème 3ème 4ème 5ème

### Barème d'évaluation

(Critères d'évaluation basés sur le niveau attendu lié à la durée de la formation postgraduée)

	En dessous des attentes			Attentes remplies			Attentes surpassées			Non jugeable	Commentaire:
Connaissances théoriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dextérité technique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interaction médecin-patient/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Compétence de présentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Qualité des lettres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impression générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

points forts: \_\_\_\_\_ à améliorer: \_\_\_\_\_

Satisfaction personnelle de la formation: non        entièrement

Jugement de l'évaluation semi-annuelle: non        entièrement

Commentaire: \_\_\_\_\_

Lieu/ Date: \_\_\_\_\_

Signature de l'assistant/e : \_\_\_\_\_ Signature du formateur/-trice: \_\_\_\_\_