

Cardiologie – IUCPQ

Évaluation intérimaire

À faire remplir à chaque semaine et remettre au patron en charge de votre évaluation finale.

Si le superviseur change chaque jour : faire remplir quotidiennement.

NOM DU RÉSIDENT : _____ **NOM DU SUPERVISEUR :** _____

DATE(S) DE SUPERVISION : _____ **ROTATION :** _____

Compétences					Commentaires
	Exceptionnel	Atteint les objectifs	Insuffisant	Ne s'applique pas	
Connaissances					
Questionnaire & Examen physique					
Jugement et prise de décisions					
Intérêt / Curiosité / Motivation					
Communication					
Tenue de dossier					
Gestion de son temps					
Relations interpersonnelles et collaboration					
Professionnalisme					
Attitude en situation d'urgence					
Habilités techniques					
Reconnaissance de ses limites					

Prescription pédagogique : _____

Signature du superviseur : _____ **Date :** _____

Signature du résident : _____ **Date :** _____