



DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

EVALUATION DU STAGE DE 3ème CYCLE

Nom du maître de stage :

Dates du stage :

Temps en observation : %

Temps en supervision directe : %

Temps en supervision indirecte : %

Avez-vous effectué des actes en autonomie

OUI NON

Si oui, approximativement combien :

.....
.....

Donner une valeur : 1 = mauvais, 2 = passable, 3= bon, 4 = très bon, 5 = excellent

	De 1 à 5				
Ambiance du stage	1	2	3	4	5
Encadrement et soutien	1	2	3	4	5
Formation	1	2	3	4	5
Formation à la gestion du cabinet	1	2	3	4	5
Diversité de la pathologie	1	2	3	4	5
Prise de responsabilité, autonomie	1	2	3	4	5
Organisation matérielle (horaire, lieu....)	1	2	3	4	5
Bénéfice pédagogique global	1	2	3	4	5
Avis général du stage	1	2	3	4	5

Votre maître de stage vous a-t-il demandé d'effectuer pendant votre stage des travaux de recherche bibliographique ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avez-vous rencontré des problèmes avec votre maître de stage ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

.....
.....

Avec l'expérience que vous en avez tirée aujourd'hui, choisiriez-vous à nouveau ce même stage ?

OUI NON

Si possible en donner les raisons...

.....
.....

Appréciation globale :

.....