|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du résident : |  | Date : |  |

Cette fiche a pour objectif de communiquer au comité local de compétence toute information pertinente quant aux aptitudes de professionnalisme, communication, collaboration ou gestion du résident. Nous vous demandons d’inscrire des exemples concrets de vos observations. Votre nom ne sera pas communiqué au résident. Le comité pourrait demander à vous rencontrer pour clarifier vos observations au besoin.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPÉTENCES** | **Sans préoccupation** | **Vous avez une certaine préoccupation** | | **Vous avez une préoccupation importante** | **COMMENTAIRES**  Veuillez décrire vos observations.  Elles doivent être objectives sans tenir compte du sexe, de la religion ou de la culture. | | |
| **PROFESSIONNALISME**  Respectueux, empathique et à l’écoute. Respecte les opinions, la vie privée, la dignité et la confidentialité des patients. |  |  | |  |  | | |
| **COMMUNICATION**  Transmets l’information claire et précise tant oralement qu’à l’écrit. S’assure de comprendre et d’être compris. Est à l’écoute des patients, des intervenants et de ses collègues. |  |  | |  |  | | |
| **COLLABORATION**  Respecte les rôles, les responsabilités et les opinions des membres de l’équipe et travaille de manière constructive. Établis un plan de soins en partenariat avec les autres professionnels. |  |  | |  |  | | |
| **GESTION**  Ponctualité  Gère les demandes, tâches médico-administratives et fait les suivis pertinents dans un délai acceptable |  |  | |  |  | | |
| **Discuté avec le résident :  Oui  Non** | Nom de l’évaluateur : | |  | | | Poste/titre |  |
|  | Signature | |  | | | Date |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du résident : |  | Date |  |
| **POINTS FORTS** | | | |
|  | | | |
| **POINTS À AMÉLIORER** | | | |
|  | | | |