MÉDECINE
Santé
Université Paris Cité

FACULTÉ DE SANTÉ
UFR DE MÉDECINE

FICHE D'ÉVALUATION DE STAGE : □ D.F.M.S □ D.F.M.S.A

En (précisez la spécialité) :

Validation du semestre n°

Date de début de stage ---/---/--- Date de fin de stage ---/---/---

Nom et prénom du stagiaire :

Hôpital & service : **Nom du chef de service :**

Evaluation des compétences du Faisant Fonction d'Interne	Très bien	Bien	Assez bien	Passable	Médiocre
Evaluation des connaissances théoriques					
Aptitudes techniques et/ou diagnostiques					
Fiabilité dans les prescriptions					
Aptitudes à la garde et/ou à l'urgence					
Hygiène/ propreté					
Comportement avec les patients et les familles					
Ponctualité, assiduité					
Participation aux présentations du service et/ou aux bibliographies					
Intégration dans l'équipe de soins					
Curiosité intellectuelle					

Validation (entourez) : **OUI** **NON** (si stage invalidé, motif(s) à indiquer dans le cadre ci-dessous)

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Le : à :

Tampon et signature du chef de service :

FICHE D'ÉVALUATION ORIGINALE À RETOURNER À : dfms.dfmsa@u-paris.fr