|  |
| --- |
| MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES |
| Administration générale de l’Enseignement  (AGE)  Direction générale de l’Enseignement non obligatoire  et de la Recherche scientifique (DGENORS)  Direction de l’Agrément des Prestataires de Soins de Santé  **Commission d'agrément en pédiatrie**  Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles |
| Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agrementsante@cfwb.be](mailto:agrementsante@cfwb.be) |

CARNET DE STAGE

PEDIATRIE

* 1e année

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

Téléphone :

* 2e année
* 3e année
* 4e année
* 5e année
* 6e année
* … année

Ce carnet de stage doit être renvoyé à la fin de l'année de stage à l’Administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles **au plus tard six mois après l'achèvement de l'année de stage à l’adresse suivante**:

Administration générale de l’Enseignement (AGE)

Direction générale de l’Enseignement non obligatoire

et de la Recherche scientifique (DGENORS)

Direction de l’Agrément des Prestataires de Soins de Santé

**Commission d'agrément en pédiatrie**

**Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles**

Je, soussigné,…………………………………………………………, déclare que les informations contenus dans le présent formulaire sont exactes.

Date :

Signature :

***PLAN DE FORMATION***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Début** | **Fin** | **Service de stage** | **Maître de stage** | **Signature (pour l’année sur laquelle porte le carnet de stage)** |
| **1re** |  |  |  |  |  |
| **2e** |  |  |  |  |  |
| **3e** |  |  |  |  |  |
| **4e** |  |  |  |  |  |
| **5e** |  |  |  |  |  |
| **6e** |  |  |  |  |  |
| **…e** |  |  |  |  |  |

***STAGES EFFECTUÉS CETTE ANNÉE***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Début** | **Fin** | **Service de stage** | **Maître de stage** |
| **1re** |  |  |  |  |
| **2e** |  |  |  |  |
| **3e** |  |  |  |  |
| **4e** |  |  |  |  |

RECAPITULATIF DES ABSENCES

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Année 1 | Année 2 | Année 3 | Année 4 | Année 5 | Année … | Année … |
| A |  |  |  |  |  |  |  |
| B |  |  |  |  |  |  |  |
| C |  |  |  |  |  |  |  |
| D |  |  |  |  |  |  |  |
| E |  |  |  |  |  |  |  |
| F |  |  |  |  |  |  |  |

A = Nombre de jours d’absence pour maladie \*

B = Nombre de jours d’absence pour congé de maternité \*

C = Nombre de jours de congés scientifiques \*

D = Nombre de jours d’absence pour congés de circonstance (mariage, décès, etc..)\*

E = journées de travail effectives (en service, tant les jours ouvrables que fériés)\*

F = Autres absences

--------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* = jours de travail (1 par journée pleine, 0,5 par demi-jour).

Maître de stage coordinateur :

Nom Signature

Période……………………..…………………….. (Remplir à chaque nouveau secteur)

1. Formation dans le secteur de la : (médecine interne générale ? cardiologie ? gastro-entérologie ? pneumologie ? rhumatologie ? etc.) ………………………………………………………………………………………………

Visite guidée dans les salles……………………………………………………………

Nombre :

1. Consultations sous la direction et la responsabilité d’un médecin spécialiste ?.......................................................................................

Secteur : nombre d’heures :

Secteur : nombre d’heures :

Secteur : nombre d’heures :

Secteur : nombre d’heures :

1. Gardes de nuit………………………………….……………………………………………

Dates :

1. Gardes de week-end………………………………………….………………………….

Dates :

1. Dossiers médicaux vérifiés par un médecin responsable ? ………….….

Nombre :

1. Prestations techniques ? ……………………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nature de la prestation | Nombre | Prestations | |
| Effectuées sous la direction d’un médecin spécialiste | Auxquelles le candidat a assisté |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Discussion de groupe sur patients ?..................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Nature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Assistance éventuelle à des interventions chirurgicales ?.................

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Nature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Assistance à des autopsies ?..............................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Nature |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Participation active aux séminaires ou réunions d’études dans ou en dehors de l’hôpital :

|  |  |
| --- | --- |
| Date et lieu de la réunion | Titre de l’exposé/ Sujet du séminaire |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Assistances aux séminaires ou réunions d’étude dans ou en dehors de l’hôpital :

|  |  |
| --- | --- |
| Date et lieu de la réunion | Titre de l’exposé/ Sujet du séminaire |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Vérifié et signé pour accord

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable du stage | Maitre de stage |
|  |  |

1. Travail scientifique (description ou titre et références) :
2. Participation active aux congrès, symposiums, etc. (dénomination du congrès et titre de l’exposé) :
3. Participation passive aux congrès, symposiums, etc. (dénomination du congrès) :
4. Publications scientifiques (titre et références) :
5. Cours postuniversitaire(s) suivi(s) (titre) :

**EVALUATION DU CANDIDAT (texte libre)**

Date : Signature :

**EVALUATION DU MAITRE DE STAGE (OU RESPONSABLE DE SECTEUR)**

Service de stage :

Secteur :

Nom du responsable :

Nom du maitre de stage :

Période de stage : du…………………………………………….. au………………………………………….

**Connaissances médicales**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Excellent | Bon | Moyen | Pauvre | Mauvais |
| Étendue des connaissances médicales |  |  |  |  |  |
| Habileté professionnelle et technique |  |  |  |  |  |
| Recueil des renseignements (anamnèse) et examen clinique |  |  |  |  |  |
| Démarche clinique |  |  |  |  |  |
| Décision de soins et traitements appropriés |  |  |  |  |  |
| Tenue du dossier médical |  |  |  |  |  |

**Comportement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Excellent | Bon | Moyen | Pauvre | Mauvais |
| Esprit d’initiative |  |  |  |  |  |
| Esprit de recherche (bibliographie, etc) |  |  |  |  |  |
| Qualité des relations avec :  - les enfants  - les parents  - les étudiants stagiaires  - les infirmières  - les autres médecins du service  - les médecins extérieurs à l’hôpital |  |  |  |  |  |
| Ponctualité, présence en salle, discipline |  |  |  |  |  |
| Morale et éthique professionnelles |  |  |  |  |  |

**Remarques générales**

**Commentaires**

**Appréciations globales et conclusion**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date et signature du candidat | Date et signature du responsable de secteur | Date et signature du maitre de stage |

**DONNEES ADMINISTRATIVES**

Carnet de stage reçu par l’administration le :

Carnet de stage soumis à la commission d’agrément le :

Avis de la commission d’agrément ou du rapporteur désigné par celle-ci :

Date et signature :