

Évaluation du candidat par le directeur de programme ou le chef d'unité de médecine familiale

NOM DU CANDIDAT :

Le but de ce questionnaire est d'obtenir une évaluation, la plus exacte possible, de la performance du résident au courant de sa formation en médecine familiale. S'il vous plaît, transmettez-nous les informations suivantes avec des commentaires (positifs et/ou négatifs) lorsque cela s'applique. La candidature du résident ne sera pas considérée sans votre évaluation.

1. Cette évaluation est basée sur combien de rapports d'évaluation en cours de formation?

2. Est-ce que le candidat a échoué ou a eu des évaluations inférieures aux attentes lors de

Non

Oui

3. Y a-t-il d'autres préoccupations pédagogiques ou professionnelles actuelles?

Oui

Non

4. Y a-t-il des actions disciplinaires ou légales concernant ce candidat?

Oui

Non

5. Évaluation

	Inférieur aux attentes	Conforme aux attentes	Supérieur aux attentes
Connaissances médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compétences organisationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compétences en communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Réceptivité à la critique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Compétences techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ponctualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rapidité et endurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Comportement et professionnalisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Participations aux activités cliniques et d'érudition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacités de travailler en équipe incluant des compétences de leadership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Capacité d'apprentissage auto-dirigé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

GLOBAL

En tant que directeur de programme ou chef d'unité de médecine familiale, accepteriez-vous ce résident dans votre programme?

- Absolument, sans réserve
- Oui
- Non

Programme de médecine familiale FM -- Example

Nom : Dr. Example

Signature : Cette lettre a été soumise par l'entremise de CaRMS en ligne.

Date : le 25 août 2021

Lettre de recommandation

La réponse écrite d'un répondant irait ici.

EXEMPLE