



**FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG**



**DEPARTEMENT DE  
MEDECINE GENERALE**

**FAC SIMILE**

Nom et prénom du (de la) **résident(e)** :

.....

Nom et prénom du **maître de stage coordinateur** :

.....

Noms et prénoms des autres maîtres de stage :

1) .....

2) .....

Identité de la (des) structure(s) extra-hospitalière(s) :

1) .....

2) .....

Stage du ..... au .....

**STAGE PRATIQUE DE RESIDANAT**

**AUPRES DE PRATICIENS**

**GENERALISTES AGREES**

**LE (LA) RESIDENT(E)**

Mr

Mme

Mle

Nom : .....

Prénom : .....

Année d'étude :  TCEM 1

Age : ..... ans

TCEM 2

TCEM 3

Année universitaire : ...../.....

Adresse : .....

**FAC SIMILE**

Stages hospitaliers effectués au cours du troisième cycle de résidanat :

Services	Chef de Service	Dates
Service : Hôpital :		du.....au .....
Service : Hôpital :		du.....au .....
Service : Hôpital :		du.....au .....
Service : Hôpital :		du.....au .....
Service : Hôpital :		du.....au .....

Avez-vous effectué des **remplacements** chez un médecin généraliste ?

OUI

NON

Avez-vous présenté le concours **d'internat** ? :

OUI

NON

Combien de tentatives ? :

UNE

DEUX

Quel **mode d'exercice** envisagez-vous ?

.....

.....

.....

## LE CALENDRIER DU STAGE

(à compléter par le coordinateur à la fin du stage)

Période de stage du **FAC SIMILE** .....

	Nom du maître de stage	Structures extra-hospitalières (1)	
		Nom	durée/semaine
MOIS 1	Dr.		
MOIS 2	Dr.		
MOIS 3	Dr.		
MOIS 4	Dr.		
MOIS 5	Dr.		
MOIS 6	Dr.		

(1) Préciser les noms des structures extra-hospitalières qui accueilleront les résident(e)s durant leur stage auprès du praticien et la périodicité de cette formation : par exemple « un après-midi/semaine » ou « 1h/semaine », etc.

Nous attestons le respect de ce calendrier.

Cachets et signatures

Signature du (de la)

Résident(e)

des Maîtres de stage

faire précéder les signatures de la mention manuscrite : «Lu et approuvé» approuvé»

faire précéder la signature de la mention manuscrite : «Lu et

Cachets et signatures

des Responsables des Structures extra-hospitalières :

faire précéder les signatures de la mention manuscrite : «Lu et approuvé»

# EVALUATION S1

## EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE

Docteur : .....

Période évaluée : du ..... au .....

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)



BOF !



### 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC LE MAITRE DE STAGE

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

# FAC SIMILE


### 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


### 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

- 3.1 - participation à la gestion du cabinet
- 3.2 - utilisation de l'informatique


3.4 - participation à la FMC



OUI



NON

3.5 - participation aux gardes



OUI



NON

0-5

6-20

21-50

+ 50

4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

PERIODE VALIDEE



OUI



NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION S2

## EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE

Docteur : .....

Période évaluée : du ..... au .....

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)



BOF !



### 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC

#### LE MAITRE DE STAGE

1.1 - disponibilité

1.2 - comportement

1.3 - capacités relationnelles

1.4 - échanges et discussions

# FAC SIMILE


### 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

2.1 - aux interrogatoires

2.2 - aux examens cliniques

2.3 - à des gestes techniques

2.4 - à des prises de décisions diagnostiques

2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques

2.6 - à des prises de décisions pour le suivi

2.7 - à la tenue du dossier médical

2.8 - à la réalisation de visites à domicile


### 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

3.1 - participation à la gestion du cabinet

3.2 - utilisation de l'informatique


3.4 - participation à la FMC



OUI



NON

3.5 - participation aux gardes



OUI



NON

0-5

6-20

21-50

+ 50

4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

PERIODE VALIDEE



OUI



NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION S3

## EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE

Docteur : .....

Période évaluée : du ..... au .....

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)

☺ ☹ BOF! ☹

### 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC LE MAITRE DE STAGE

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

<b>FAC</b>	<b>SIM</b>	<b>ILE</b>	

### 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


### 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

- 3.1 - participation à la gestion du cabinet
- 3.2 - utilisation de l'informatique


- 3.4 - participation à la FMC  OUI  NON
- 3.5 - participation aux gardes  OUI  NON

0-5    6-20    21-50    + 50

### 4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

PERIODE VALIDEE  OUI  NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION S4

## EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE

Docteur : .....

Période évaluée : du ..... au .....

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)



### 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC LE MAITRE DE STAGE

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

<b>FAC</b>	<b>SIM</b>	<b>ILE</b>	

### 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


### 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

- 3.1 - participation à la gestion du cabinet
- 3.2 - utilisation de l'informatique


- 3.4 - participation à la FMC  OUI  NON
- 3.5 - participation aux gardes  OUI  NON

0-5    6-20    21-50    + 50

### 4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

PERIODE VALIDEE  OUI  NON

Si NON, motifs : .....

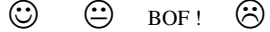
Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

**EVALUATION S5**

**EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE**  
**Docteur : .....**  
**Période évaluée : du ..... au .....**

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)



**1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC LE MAITRE DE STAGE**

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

<b>FAC</b>	<b>SIMILE</b>		

**2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)**

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


**3 - EXERCICE PROFESSIONNEL**

- 3.1 - participation à la gestion du cabinet
- 3.2 - utilisation de l'informatique


- 3.4 - participation à la FMC  OUI  NON
- 3.5 - participation aux gardes  OUI  NON

0-5    6-20    21-50    + 50

**4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage**

--	--	--	--

**PERIODE VALIDEE**  OUI  NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

**EVALUATION S6**

**EVALUATION PAR LE MAITRE DE STAGE**

**Docteur :** .....

**Période évaluée :** du ..... au .....

(une feuille par maître de stage et par période effectuée)



**1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC  
LE MAITRE DE STAGE**

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

<b>FAC</b>	<b>SIM</b>	<b>ILE</b>	

**2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)**

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


**3 - EXERCICE PROFESSIONNEL**

- 3.1 - participation à la gestion du cabinet
- 3.2 - utilisation de l'informatique


- 3.4 - participation à la FMC  OUI  NON
- 3.5 - participation aux gardes  OUI  NON

0-5    6-20    21-50    + 50

**4 - NOMBRE D'ACTES** réalisés en dehors  
de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

**PERIODE VALIDEE**  OUI  NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du maître de stage :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION EH1

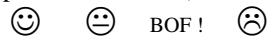
**STAGE EXTRA-HOSPITALIER**

**Docteur :** .....

**Structure :** .....

**Période évaluée :** du ..... au .....

(une feuille par structure extra-hospitalière et par période effectuée)



**1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC  
LE MAITRE DE STAGE**

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

## FAC SIMILE


**2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)**

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


**3 - EXERCICE PROFESSIONNEL**

- 3.1 - participation à la gestion de la structure
- 3.2 - utilisation de l'informatique
- 3.4 - participation à la FMC
- 3.5 - participation aux gardes


- OUI                       NON
- OUI                       NON

0-5    6-20    21-50    + 50

**4 - NOMBRE D'ACTES** réalisés en dehors  
de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

**PERIODE VALIDEE**                       OUI                       NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du Responsable de la structure extra-hospitalière :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION EH2

## STAGE EXTRA-HOSPITALIER

Docteur : .....

Structure : .....

Période évaluée : du ..... au .....

(une feuille par structure extra-hospitalière et par période effectuée)



BOF !



### 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC

#### LE MAITRE DE STAGE

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

# FAC SIMILE


### 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


### 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

- 3.1 - participation à la gestion de la structure
- 3.2 - utilisation de l'informatique
- 3.4 - participation à la FMC
- 3.5 - participation aux gardes




OUI



NON



OUI



NON

0-5

6-20

21-50

+ 50

### 4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

### PERIODE VALIDEE



OUI



NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du Responsable de la structure extra-hospitalière :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

# EVALUATION EH3

**STAGE EXTRA-HOSPITALIER**

**Docteur :** .....

**Structure :** .....

**Période évaluée :** du ..... au .....

(une feuille par structure extra-hospitalière et par période effectuée)



## 1 - QUALITE DE LA RELATION AVEC

### LE MAITRE DE STAGE

- 1.1 - disponibilité
- 1.2 - comportement
- 1.3 - capacités relationnelles
- 1.4 - échanges et discussions

<b>FAC SIMILE</b>			

## 2 - PARTICIPATION DU (DE LA) RESIDENT(E)

- 2.1 - aux interrogatoires
- 2.2 - aux examens cliniques
- 2.3 - à des gestes techniques
- 2.4 - à des prises de décisions diagnostiques
- 2.5 - à des prises de décisions thérapeutiques
- 2.6 - à des prises de décisions pour le suivi
- 2.7 - à la tenue du dossier médical
- 2.8 - à la réalisation de visites à domicile


## 3 - EXERCICE PROFESSIONNEL

- 3.1 - participation à la gestion de la structure
- 3.2 - utilisation de l'informatique
- 3.4 - participation à la FMC
- 3.5 - participation aux gardes


- OUI                       NON
- OUI                       NON

0-5    6-20    21-50    + 50

## 4 - NOMBRE D'ACTES réalisés en dehors de la présence du Maître de stage

--	--	--	--

**PERIODE VALIDEE**                       OUI                       NON

Si NON, motifs : .....

Signature et tampon du Responsable de la structure extra-hospitalière :

(évitez la « griffe » ou le « paraphe »)

**MEMOIRE**

**MEMOIRE DU STAGE AUPRES DE PRATICIENS**

(à remplir par le (la) résident(e))

**Titre du mémoire :** .....

**FAC SIMILE**

**Réalisé sous la direction :** .....

du Docteur:.....

habitant à : .....

**Résumé (en quelques lignes) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Remis au directeur du mémoire :** le .....

Signature du (de la) résident(e)

---

cf. modalités de rédaction et de présentation du mémoire dans la fiche technique n°2.