

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)
Commission d'agrément en Dentisterie générale
Cellule Professions des Soins de Santé Universitaires
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Bureau 5F504
Centre de Contact : 02/690.89.40 – agreementsante@cfwb.be

CARNET DE STAGE

Ce carnet dûment complété doit être retourné à l'Administration dès la fin de l'année de formation

Nom :

Prénom :

Adresse de correspondance :

Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité :

Tél. /GSM :

E-mail :

Introduction

Le carnet de stage tente de répondre aux objectifs suivants :

1. donner à la Commission d'agrément une vue globale de la nature des activités de médecine dentaire que vous avez effectuées lors du stage en formation professionnelle en dentisterie générale. Pour ce faire, le profil d'activité a été indiqué par mois.
2. donner à la Commission d'agrément un aperçu des principales activités d'apprentissage effectuées en cours de formation. E.a. : une étude de la littérature que vous avez réalisée, un cours auquel vous avez assisté, une publication à laquelle vous avez collaboré, etc.
3. le carnet de stage contient tous les rapports d'évaluation qui doivent être envoyés à la Commission d'agrément.

Le carnet de stage pour la Commission d'agrément est un document officiel. Ses objectifs sont liés à la transparence sociale : vous souhaitez devenir dentiste généraliste, l'autorité compétente va examiner, par le biais des instances désignées, si vous répondez aux critères. A cette fin, les instances doivent disposer des moyens appropriés.

INSTRUCTIONS IMPORTANTES

Vous devrez envoyer par courrier recommandé les documents ci-dessous à la Commission d'agrément :

- **au début de votre stage :**

- 1) ↯ Le formulaire d'introduction de plan de stage complété et signé au plus tard 3 mois après le début de votre stage ;
- 2) ↯ Une copie du contrat de formation entre vous et votre (vos) maître(s) de stage ;
- 3) ↯ Une copie de votre diplôme de dentiste ;
- 4) ↯ Une attestation sur le sujet du mémoire ;
- 5) ↯ Le programme de formation durant votre stage ;
- 6) ↯ L'attestation de sélection universitaire au master complémentaire en dentisterie générale.

- **à la fin de l'année de stage :**

- 1) ↯ Ce carnet de stage dûment complété et signé par toutes les parties accompagné d' :
 - a. une évaluation personnelle sur le déroulement de votre stage annexée à votre carnet de stage.
- 2) Le formulaire de demande d'agrément en tant que dentiste généraliste dûment complété et signé accompagné d' :
 - a. une attestation de réussite du master complémentaire en dentisterie générale ;
 - b. une copie de votre mémoire.

Tout au long de votre formation, vous devrez communiquer à la Commission d'agrément toute modification de votre plan de stage (changement de maître de stage, lieux de stage, rupture de convention, etc...)

INFORMATIONS GENERALES

Titre du mémoire :

.....

MAITRE DE STAGE COORDINATEUR² :

Nom Prénom :

Adresse Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité :

Tél. : E-mail :

Lieu de stage (si différent de l'adresse ci-dessus)

Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité

DEUXIEME MAITRE DE STAGE EVENTUEL¹ :

Nom Prénom :

Adresse Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité :

Tél. : E-mail :

Lieu de stage (si différent de l'adresse ci-dessus)

Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité

TROISIEME MAITRE DE STAGE EVENTUEL¹ :

Nom Prénom :

Adresse Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité :

Tél. : E-mail :

Lieu de stage (si différent de l'adresse ci-dessus)

Rue :

N° Boîte

Code postal : Localité

¹ Lorsque que le candidat a plus d'un maître de stage, l'un deux doit faire fonction de maître de stage coordinateur. Le maître de stage coordinateur doit être agréé dans la même discipline que celle visée par le candidat et ce dernier doit terminer son stage chez lui. Bien que la Commission d'agrément déconseille le stage chez un ascendant, le stage chez un maître de stage agréé qui est un parent au 1er ou 2e degré n'est permis que pour 50% de la durée totale du stage. Le maître de stage coordinateur ne peut pas être un parent au 1er ou 2e degré

APERCU GENERAL DE L'ANNEE DE STAGE

Date de début de l'année de stage :/...../.....

Date de fin de l'année de stage : /...../.....

SEMAINE STANDARD DU STAGE

Nom du maître de stage coordinateur :

Jour	Matin	Après-midi
Lundi	De à heures	De à heures
Mardi	De à heures	De à heures
Mercredi	De à heures	De à heures
Jeudi	De à heures	De à heures
Vendredi	De à heures	De à heures
Samedi	De à heures	De à heures

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

Nom du deuxième maître de stage éventuel :

Jour	Matin	Après-midi
Lundi	De à heures	De à heures
Mardi	De à heures	De à heures
Mercredi	De à heures	De à heures
Jeudi	De à heures	De à heures
Vendredi	De à heures	De à heures
Samedi	De à heures	De à heures

Date et signature du candidat

Date et signature du deuxième maître de stage éventuel

Nom du troisième maître de stage éventuel :

Jour	Matin	Après-midi
Lundi	De à heures	De à heures
Mardi	De à heures	De à heures
Mercredi	De à heures	De à heures
Jeudi	De à heures	De à heures
Vendredi	De à heures	De à heures
Samedi	De à heures	De à heures

Date et signature du candidat

Date et signature du troisième maître de stage éventuel

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(1)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(2)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

1.

2.

3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(3)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(4)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(5)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(6)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(7)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

1.

2.

3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(8)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(9)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(10)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(11)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

RELEVÉ DES PRESTATIONS EFFECTUÉES PENDANT L'ANNÉE DE STAGE

PROFIL D'ACTIVITÉ POUR LE MOIS DE(12)

		Maître de stage coordinateur	Deuxième maître de stage éventuel	Troisième maître de stage éventuel	Total
Nombre de contacts patients					
		Nombre de traitements			Total %
Prévention et prophylaxie					
Soins conservateurs	Enfants				
	Adultes				
Endodontie					
Prothèses fixes	Couronne, bridge, etc.				
	Prothèse sur implants				
Prothèses amovibles					
Traitements parodontaux	Traitement initial				
	Chirurgie				
Désordres crâniomandibulaires et occlusions	Diagnostic				
	Gouttière occlusale				
Orthodontie	Appareillage fixe				
	Appareillage amovible				
Extractions/petite chirurgie					
Autres					

Entrevue avec le maître de stage coordinateur

Dates

- 1.
- 2.
- 3.

Remarques éventuelles

Participation facultative à la garde (sous supervision du maître de stage)

Date et signature du candidat

Date et signature du maître de stage coordinateur

PROGRAMME DE FORMATION SUIVI PAR LE CANDIDAT AU COURS DE L'ANNEE

Théorie Tronc Commun (70 heures - Joindre les attestations)

Sujet	Durée	Date
Aspects économiques		
Organisation et gestion d'un cabinet dentaire		
Réglementation et responsabilité professionnelle		
Informatique dentaire		
Analyse critique de la littérature scientifique		
Introduction à la dentisterie légale		
Introduction à la communication		
Aspects ergonomiques		
Compléments de radiodiagnostic, y compris radioprotection		
Aspects éthiques des soins de santé		
Relation entre les soins de 1 ^{re} et 2 ^e ligne		

SEMINAIRE INTERACTIFS SUR LES TRAITEMENTS INTEGRES DES PATIENTS

Date Présentation de cas²

Nom et signature du maître de séminaire

² Mentionnez quand vous avez présenté un ou des cas de vos propres patients en présence de votre maître de stage coordinateur.

ACTIVITES SCIENTIFIQUES EN COURS D'ANNEE DE STAGE

Participation passive à des réunions scientifiques (en dehors des séminaires de l'année de stage)³

Publication(s), participation active à des réunions scientifiques et autres activités⁴

³ Joindre les attestations de participations

⁴ Joindre la copie de la (des) publication(s) et les documents probants

Grille d'évaluation du Stagiaire dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

Nom, Prénom et signature du Maître de stage coordinateur* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Consignes pour compléter les évaluations des stagiaires

Veillez cocher la case adéquate selon le niveau d'acquisition pour chacune des 6 compétences mentionnées ci-dessous :

Insuffisant (de 6 à 9/20)	Suffisant (de 10 à 13/20)	Bon (de 14 à 17/20)	Excellent ($\geq 18/20$)
Le stagiaire ne répond pas aux attentes, il n'a pas acquis cette compétence	Le stagiaire répond globalement aux attentes mais une progression est souhaitable dans le niveau d'acquisition de cette compétence	Le stagiaire répond aux attentes, il a acquis cette compétence	Le stagiaire démontre un niveau de compétence qui dépasse les attentes

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
1. PROFESSIONNALISME / SENS DES RESPONSABILITÉS démontre un comportement professionnel (personnel et interpersonnel) approprié, est capable de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité								
2. GESTION démontre une planification et une organisation efficaces du travail, assure une gestion administrative et matérielle adéquate								
3. EXPERTISE CLINIQUE est capable de réaliser un bilan de santé bucco-dentaire, un plan des soins préventifs, curatifs et éducatifs ; et de pratiquer les interventions de soins en utilisant les ressources disponibles								

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
4. COMMUNICATION ET COLLABORATION développe une relation thérapeutique basée sur la confiance et le respect avec chaque patient et/ou son entourage ; communique de façon efficace avec les patients et les autres professionnels								
5. AUTO CRITIQUE / RÉFLEXION connait ses limites, consulte son superviseur lorsque cela est nécessaire, identifie ses forces et ses lacunes et tente de s'améliorer								
6. AUTONOMIE* est capable d'assurer la prise en charge des patients de façon autonome aussi bien sur le plan clinique qu'administratif								
Remarque : si un ou plusieurs items sont jugés insuffisants, mentionner la raison justifiant cette insuffisance.								

* Pour l'introduction de la demande d'agrément, le maître de stage coordinateur doit indiquer par écrit dans le champ Remarque que le candidat est autonome et parapher

Grille d'évaluation du Stagiaire dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

Nom, Prénom et signature du Maître de stage coordinateur* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Consignes pour compléter les évaluations des stagiaires

Veillez cocher la case adéquate selon le niveau d'acquisition pour chacune des 6 compétences mentionnées ci-dessous :

Insuffisant (<i>de 6 à 9/20</i>)	Suffisant (<i>de 10 à 13/20</i>)	Bon (<i>de 14 à 17/20</i>)	Excellent (<i>≥ 18/20</i>)
Le stagiaire ne répond pas aux attentes, il n'a pas acquis cette compétence	Le stagiaire répond globalement aux attentes mais une progression est souhaitable dans le niveau d'acquisition de cette compétence	Le stagiaire répond aux attentes, il a acquis cette compétence	Le stagiaire démontre un niveau de compétence qui dépasse les attentes

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
1. PROFESSIONNALISME / SENS DES RESPONSABILITÉS démontre un comportement professionnel (personnel et interpersonnel) approprié, est capable de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité								
2. GESTION démontre une planification et une organisation efficaces du travail, assure une gestion administrative et matérielle adéquate								
3. EXPERTISE CLINIQUE est capable de réaliser un bilan de santé bucco-dentaire, un plan des soins préventifs, curatifs et éducatifs ; et de pratiquer les interventions de soins en utilisant les ressources disponibles								

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
4. COMMUNICATION ET COLLABORATION développe une relation thérapeutique basée sur la confiance et le respect avec chaque patient et/ou son entourage ; communique de façon efficace avec les patients et les autres professionnels								
5. AUTO CRITIQUE / RÉFLEXION connait ses limites, consulte son superviseur lorsque cela est nécessaire, identifie ses forces et ses lacunes et tente de s'améliorer								
6. AUTONOMIE* est capable d'assurer la prise en charge des patients de façon autonome aussi bien sur le plan clinique qu'administratif								
Remarque : si un ou plusieurs items sont jugés insuffisants, mentionner la raison justifiant cette insuffisance.								

* Pour l'introduction de la demande d'agrément, le maître de stage coordinateur doit indiquer par écrit dans le champ Remarque que le candidat est autonome et parapher

Grille d'évaluation du Stagiaire dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

Nom, Prénom et signature du Maître de stage coordinateur* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Consignes pour compléter les évaluations des stagiaires

Veillez cocher la case adéquate selon le niveau d'acquisition pour chacune des 6 compétences mentionnées ci-dessous :

Insuffisant (de 6 à 9/20)	Suffisant (de 10 à 13/20)	Bon (de 14 à 17/20)	Excellent ($\geq 18/20$)
Le stagiaire ne répond pas aux attentes, il n'a pas acquis cette compétence	Le stagiaire répond globalement aux attentes mais une progression est souhaitable dans le niveau d'acquisition de cette compétence	Le stagiaire répond aux attentes, il a acquis cette compétence	Le stagiaire démontre un niveau de compétence qui dépasse les attentes

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
1. PROFESSIONNALISME / SENS DES RESPONSABILITÉS démontre un comportement professionnel (personnel et interpersonnel) approprié, est capable de prendre des décisions et d'en assumer la responsabilité								
2. GESTION démontre une planification et une organisation efficaces du travail, assure une gestion administrative et matérielle adéquate								
3. EXPERTISE CLINIQUE est capable de réaliser un bilan de santé bucco-dentaire, un plan des soins préventifs, curatifs et éducatifs ; et de pratiquer les interventions de soins en utilisant les ressources disponibles								

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Evaluation mi-stage				Evaluation fin de stage			
	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent	Insuffisant	Suffisant	Bon	Excellent
4. COMMUNICATION ET COLLABORATION développe une relation thérapeutique basée sur la confiance et le respect avec chaque patient et/ou son entourage ; communique de façon efficace avec les patients et les autres professionnels								
5. AUTO CRITIQUE / RÉFLEXION connait ses limites, consulte son superviseur lorsque cela est nécessaire, identifie ses forces et ses lacunes et tente de s'améliorer								
6. AUTONOMIE* est capable d'assurer la prise en charge des patients de façon autonome aussi bien sur le plan clinique qu'administratif								
Remarque : si un ou plusieurs items sont jugés insuffisants, mentionner la raison justifiant cette insuffisance.								

* Pour l'introduction de la demande d'agrément, le maître de stage coordinateur doit indiquer par écrit dans le champ Remarque que le candidat est autonome et parapher

Grille d'évaluation du Maître de stage dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom du Maître de stage* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Insuffisant	Suffisant	Remarques
1. DISPONIBILITÉ Pour expliquer, discuter des plans de traitements, intervenir lors de traitements			
2. PRÉSENCE au cabinet lorsque le stagiaire travaille			
3. EQUIPEMENT DU CABINET Equipement au fauteuil, radiologie Equipement informatique, e health			
4. EQUIPEMENTS ET PRODUITS en phase avec l'evidence based dentistry			
5. ORGANISATION du travail Horaire			
6. NOMBRE DE PATIENTS			
7. DIVERSITÉ DES SOINS			

Grille d'évaluation du Maître de stage dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom du Maître de stage* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Insuffisant	Suffisant	Remarques
1. DISPONIBILITÉ Pour expliquer, discuter des plans de traitements, intervenir lors de traitements			
2. PRÉSENCE au cabinet lorsque le stagiaire travaille			
3. EQUIPEMENT DU CABINET Equipelement au fauteuil, radiologie Equipelement informatique, e health			
4. EQUIPEMENTS ET PRODUITS en phase avec l'evidence based dentistry			
5. ORGANISATION du travail Horaire			
6. NOMBRE DE PATIENTS			
7. DIVERSITÉ DES SOINS			

Grille d'évaluation du Maître de stage dans le cadre du stage du Master de spécialisation en Dentisterie Générale

Nom, Prénom du Maître de stage* :

(* si plusieurs Maîtres de stage, faire remplir un document par Maître de stage)

Nom, Prénom et signature du Stagiaire :

COMPÉTENCES À ÉVALUER	Insuffisant	Suffisant	Remarques
1. DISPONIBILITÉ Pour expliquer, discuter des plans de traitements, intervenir lors de traitements			
2. PRÉSENCE au cabinet lorsque le stagiaire travaille			
3. EQUIPEMENT DU CABINET Equipement au fauteuil, radiologie Equipement informatique, e health			
4. EQUIPEMENTS ET PRODUITS en phase avec l'evidence based dentistry			
5. ORGANISATION du travail Horaire			
6. NOMBRE DE PATIENTS			
7. DIVERSITÉ DES SOINS			

