|  |
| --- |
| 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 pneumologie**  Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles |
| Centre de Contact : 02/690.89.40 – [agrementsante@cfwb.be](mailto:agrementsante@cfwb.be) |

CARNET DE STAGE

PNEUMOLOGIE

(Tronc commun)

* 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 pneumologie**

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

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

Date :

Signature :

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

Maître de stage coordinateur :

Nom Signature

**Récapitulatif des absences**

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

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).

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**

(Attribuer une note entre 1 « mauvais » et 5 « excellent » pour chaque item ci-dessous)

1. Compétences
   1. Connaissances médicales
   2. Jugement clinique
   3. Tenue des dossiers
   4. Courrier
   5. Capacités techniques
2. Comportement
   1. Conscience professionnelle
   2. Engagement personnel
   3. Attitude vis-à-vis du patient
   4. Attitude vis-à-vis des confrères de l’institution
   5. Attitude vis-à-vis du personnel infirmier et paramédical
3. Curiosité scientifique
   1. Présentation des séminaires
   2. Discussion de la littérature
   3. Communication aux Sociétés scientifiques et publications

**Appréciation globale : /20**

Commentaires du maître de stage :

Signature maître de stage signature candidat

**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 :