

**COLLEGE FRANÇAIS DES ENSEIGNANTS UNIVERSITAIRES  
DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION**

**LIVRET DE L'INTERNE EN MPR**

PARTIE II

**SUIVI DES STAGES**

- Ce livret vous accompagnera tout au long de votre formation.
- À chaque semestre, vous devez le remplir et le faire valider par le chef de service.

*L'ensemble des documents doit être présenté lors de la validation du DES.*

# LIVRET DE SUIVI DES STAGES DU DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

NOM :

Prénom :

Année de concours :

Date d'inscription dans la spécialité :

UFR :

## STAGES EFFECTUES

- 1) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 2) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 3) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 4) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 5) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 6) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 7) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200
- 8) Établissement :  
Intitulé du service :  
Chef de service :  
Dates :    /    / 200        au    /    / 200

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 1**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature :*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 1**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ  
PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE**

Semestre n° : 1

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

### GRILLE D'ÉVALUATION

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 2**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature :*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 2**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ  
PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE**

Semestre n° : 2

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

### GRILLE D'ÉVALUATION

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 3**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 3**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du : / / 200

au : / / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

# FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE

**Semestre n° : 3**

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

## GRILLE D'ÉVALUATION

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 4**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature :*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 4**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ  
PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE**

Semestre n° : 4

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

### GRILLE D'ÉVALUATION

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 5**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature :*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 5**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ  
PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE**

Semestre n° : 5

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

### GRILLE D'ÉVALUATION

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 6**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature :*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 6**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ  
PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE**

Semestre n° : 7

INTERNE

ÉTABLISSEMENT :

Nom :

Nom

Prénom :

Adresse

ANNÉE D'INTERNAT :

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

Stage du : / / 200

CHEF DE SERVICE :

au : / / 200

Nom :

DES de MPR

Prénom

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION**

|  | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe médicale  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par l'équipe soignante |   |   |   |   |   |
| Participation aux staffs                 |   |   |   |   |   |
| Responsabilisation                       |   |   |   |   |   |
| Encadrement médical si besoin            |   |   |   |   |   |
| Bénéfice pédagogique global              |   |   |   |   |   |
| Avis général du stage                    |   |   |   |   |   |
| Accueil                                  |   |   |   |   |   |
| Suivi pédagogique par le chef de service |   |   |   |   |   |

*Échelle d'évaluation :*

*A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
(tout « E » doit être motivé en observation).*

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de l'interne

*Fiche à renvoyer au coordonnateur inter-régional.*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE DE RAPPORT DE STAGE SEMESTRIEL**

**Semestre n° : 8**

Service :

Responsable : Pr/Dr

Discipline :

Validant MPR : oui – non

Type : CHU – Hors CHU – Hors subdivision

Dates :        /        / 200

au        /        / 200

**ACTIVITES CLINIQUES**

1 - Type d'activité (HC, HJ, Nombre de lits...) :

2 - Expériences cliniques acquises (type de pathologies, situations de handicap...) :

3 - Consultations (Préciser le nombre et type de participation) :

4 - Actes pratiques – Exploration fonctionnelle :

**ACTIVITES SCIENTIFIQUES ET UNIVERSITAIRES**

1 - Assistance à des réunions scientifiques, congrès... (préciser thèmes, dates, lieux, intervenants) :

2 – Assistance à des cours spécifiques, séjours à l'étranger (sujets, dates, lieux, intervenants, responsables) :

3 – Cours, séances de bibliographie, communications assurées par vous-même (intitulés, sujets, dates, lieux, auteurs associés)

4 – Encadrement d'étudiants :

5 – Publications auxquelles vous avez participé (auteurs, titres, références...)

6 – Travaux de recherche :

7 – Autres activités (tous renseignements utiles) :

***Avis du chef de service :***

*Tampon du service :*

*Signature*

DES DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION  
**FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE**

**Semestre n° : 8**

ÉTABLISSEMENT :

Nom

Adresse

SPÉCIALITÉ DU SERVICE

CHEF DE SERVICE :

Nom :

Prénom

INTERNE

Nom :

Prénom :

ANNÉE D'INTERNAT :

Stage du :     /     / 200

          au :     /     / 200

DES de MPR

SUBDIVISION D'ORIGINE :

**GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES**

|                                    | A | B | C | D | E |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |
| Intégration dans l'équipe de soins |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Acquisitions au cours du stage     |   |   |   |   |   |
| Connaissances théoriques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes diagnostiques            |   |   |   |   |   |
| Aptitudes thérapeutiques           |   |   |   |   |   |
| Aptitudes à l'urgence              |   |   |   |   |   |
| Hygiène/propreté                   |   |   |   |   |   |
| Relations avec les patients        |   |   |   |   |   |
| Ponctualité, assiduité             |   |   |   |   |   |
| Présentation orale de dossiers     |   |   |   |   |   |

Échelle d'évaluation :

A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais  
 (tout « E » doit être motivé en observation).

## **OBSERVATIONS ÉVENTUELLES**

Aspects positifs :

Difficultés rencontrées :

Suggestions :

Date :

Signature de Chef de Service

.