FORMULAIRE D’ÉVALUATION

|  |
| --- |
| Titre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endroit : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Afin de nous permettre de cibler les besoins éducatifs, svp. nous indiquer VOTRE PROFIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sexe** | Féminin | | | | | Masculin | | | | | | | | | | Autre | | | | | | | Préfère ne pas répondre | | | |
| **Groupe**  **d’âge** | 20 – 29 | | 30 – 39 | | | | | | 40 – 49 | | | | | 50 – 59 | | | | | | 60 + | | | | | Préfère ne  pas répondre | |
| **Profession** | Médecin de famille / omnipraticien | | | | | | | Médecin spécialiste  ***Spécifiez :*** | | | | | | | | Médecin résident  ***Spécifiez :*** | | | | | | Autre professionnel de la santé  ***Spécifiez :*** | | | | |
| Infirmière | | | | | | | | | | | | | | | Pharmacien | | | | | | | | | | |
| **Principal secteur d’activité** | Cabinet privé | GMF | | | CLSC | | CHSGS | | | | | CHU | CHSLD | | | UMF | Salle d’urgence | | | | Santé publique | | | | | Enseignement |
| Autre(s)  ***Spécifiez :*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Milieu de travail** | Région urbaine | | | | | | | | | Région intermédiaire | | | | | | | | Région éloignée | | | | | | | | |
| **Années de pratique** | Moins de 5 | | | 5 – 9 | | | | | | | 10 – 19 | | | | 20 – 29 | | | | 30-39 | | | | | 40 + | | |

# Quel était votre objectif d’apprentissage en vous inscrivant à cette formation ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ÉVALUATION GLOBALE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sur une échelle de 1 à 4 (4 étant la meilleure note), quelle est votre appréciation des énoncés suivants :** | | | | |
|  | **Pas du tout d’accord Entièrement d’accord** | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Le programme a rencontré les objectifs annoncés |  |  |  |  |
| Le programme a répondu à mes attentes |  |  |  |  |
| Le programme a répondu à mes objectifs  d’apprentissage |  |  |  |  |
| Le programme confirme ce que je fais dans ma pratique |  |  |  |  |
| L’information que j’ai apprise sera utile  dans ma pratique future |  |  |  |  |
| Il y a eu suffisamment d’opportunité d’interagir avec les autres participants et de réseauter |  |  |  |  |
| Il y a eu suffisamment d’opportunité d’interagir avec les conférenciers |  |  |  |  |
| Le programme s’est bien déroulé |  |  |  |  |
| Le temps a été alloué de façon adéquate |  |  |  |  |
| Le lieu était propice à l’apprentissage |  |  |  |  |

OBJECTIFS D’APPRENTISSAGE

En fonction des objectifs d’apprentissage annoncés, selon vous, dans quelle mesure cette formation aura-t-elle un impact sur votre pratique ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1= peu confortable**  **4= très confortable** | Niveau de confort  avant la formation | | | | Niveau de confort  après la formation | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Insérer objectif 1 et le rôle Can-Med principal correspondant |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Insérer objectif 2 et le rôle Can-Med principal correspondant |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Insérer objectif 3 et le rôle Can-Med principal correspondant |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Insérer objectif 4 et le rôle Can-Med principal correspondant |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ÉVALUATION DES ANIMATEURS/EXPERTS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sur une échelle de 1 à 4 (4 étant la meilleure note), quelle est votre appréciation des énoncés suivants :** | | | | | | | | | | | | | |
|  | **L’information était clairement présentée** | | | | **L’information était pertinente** | | | | | **Le temps alloué était adéquat** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Titre/ animateur | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Titre/ animateur | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

**ÉVALUATION DES ANIMATEURS/EXPERTS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sur une échelle de 1 à 4 (4 étant la meilleure note), quelle est votre appréciation des énoncés suivants :** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Créer une atmosphère propice à l’apprentissage** | | | | **Favoriser la participation des gens tout au long de l’atelier** | | | | **Gérer le temps en fonction de l’atteinte des objectifs** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Titre/ animateur | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Titre/ animateur | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Hormis l’expertise médicale, y a-t-il une ou des autres compétences du cadre CanMEDS que vous pensez avoir développées ou ajustées lors de cette activité? *Cochez toutes les compétences concernées, puis explicitez votre réponse.*

☐ Communication ☐ Collaboration ☐ Professionnalisme ☐ Leadership ☐ Érudition ☐ Promotion de la santé

Veuillez expliquer comment cette (ou ces) compétence(s) ont été mobilisées ou développées dans le cadre de cette activité :

|  |
| --- |
| **Veuillez expliquer comment cette (ou ces) compétence(s) ont été mobilisées ou développées dans le cadre de cette activité** |
|  |

Impact attendu sur votre pratique (acquisition de connaissances, meilleure compréhension, changement dans la prise en charge, optimisation des traitements, etc.)

|  |
| --- |
| **J’identifie : Une notion importante retenue** |
|  |
| **J’identifie : Un changement concret dans ma pratique qui a le potentiel de survenir suite à la formation** |
|  |

BIAIS COMMERCIAUX ET CODES D’ÉTHIQUES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Est-ce que l’expert a déclaré de façon explicite ses conflits d’intérêts réels ou potentiels avant de débuter sa présentation ? | | Avez-vous l’impression qu’il y a eu un biais commercial durant sa présentation | |
|  | OUI | NON | OUI | NON |
| animateur |  |  |  |  |
| animateur |  |  |  |  |

Considérant l’activité dans son ensemble :

**Avez-vous l’impression qu’il y a eu un biais commercial durant cette activité de formation ?**

OUI, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NON

**La divulgation des conflits d’intérêts par les responsables de l’activité était adéquate ?**

OUI

NON, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cette activité respectait-elle le Code d’éthique du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins et la Norme nationale sur le soutien des activités agrées?**

([www.cqdpcm.ca](http://www.cqdpcm.ca))

OUI

NON, précisez**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autres commentaires ou suggestions?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**MERCI DE VOTRE COLLABORATION!**