

## Service d'Aide Médicale Urgente(SAMU)

Lieu de stage :

Maître de stage :

### NIVEAU DE COMPETENCE

<u>Niveau de compétences</u>	<b>% Nul</b>	<b>25 % Mauvais</b>	<b>75 % Bon</b>	<b>100 % Excellent</b>
<b><i>Décisionnelle</i></b>				
- maîtrise sémiologie téléphonique				
- reconnaissance Détresse Vitale Réelle				
- utilisation des aides à la décision				
- stratégie de réponse adaptée				
- orientation du patient adapté				
<b><i>Relationnelle</i></b>				
- patient				
- famille				
- paramédicaux				
- médecins				
<b><i>Organisationnelle</i></b>				
- gestion simultanée				
- transmissions				
- dossier médical				
<b><i>Habilité technique</i></b>				
	<b>Non</b>	<b>Partielle -</b>	<b>Partielle +</b>	<b>Totale</b>
<b><i>Autonomie globale</i></b>				
<b><i>Raisonnement médical</i></b>				

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

## STAGE Service Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR)

Lieu de stage :

Maître de stage :

### NIVEAU DE COMPETENCES

<u>Niveau de compétences</u>	% Nul	25 % Mauvais	75 % Bon	100 % Excellent
<b><i>Décisionnelle</i></b>				
- reconnaissance technique des DVR				
- attitude thérapeutique adaptée				
- gestes thérapeutiques adaptés				
- surveillance adaptée				
- orientation du patient				
<b><i>Relationnelle</i></b>				
- patient				
- famille				
- paramédicaux				
- médecins				
<b><i>Organisationnelle</i></b>				
- gestion simultanée				
- transmissions radiophoniques				
- dossier médical				
<b><i>Habilité technique</i></b>				
	<b>Non</b>	<b>Partielle -</b>	<b>Partielle +</b>	<b>Totale</b>
<b><i>Autonomie globale</i></b>				
<b><i>Raisonnement médical</i></b>				

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

## Service d'Accueil des Urgences (SAU)

Lieu de stage :

Maître de stage :

### NIVEAU DE COMPETENCE

<u>Niveau de compétences</u>	% Nul	25 % Mauvais	75 % Bon	100 % Excellent
<b><i>Décisionnelle</i></b>				
- clinique				
- prescription ex. complémentaires				
- thérapeutique				
- appel spécialiste				
- orientation du patient				
<b><i>Relationnelle</i></b>				
- patient				
- famille				
- paramédicaux				
- médecins				
<b><i>Organisationnelle</i></b>				
- gestion simultanée				
- transmissions				
- dossier médical				
<b><i>Habilité technique</i></b>				
	<b>Non</b>	<b>Partielle -</b>	<b>Partielle +</b>	<b>Totale</b>
<b><i>Autonomie globale</i></b>				
<b><i>Raisonnement médical</i></b>				

### Rapport circonstancié du responsable de stage

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

## REANIMATION – SOINS INTENSIFS

Réanimation Médicale – Réanimation Chirurgicale – Réanimation polyvalente  
Unité de soins intensifs

Lieu de stage :

Maître de stage :

### NIVEAU DE COMPETENCE

<u>Niveau de compétences</u>	% Nul	25 % Mauvais	75 % Bon	100 % Excellent
<b><i>Décisionnelle</i></b>				
- clinique				
- prescription ex. complémentaires				
- thérapeutique				
- appel spécialiste				
- orientation du patient				
<b><i>Relationnelle</i></b>				
- patient				
- famille				
- paramédicaux				
- médecins				
<b><i>Organisationnelle</i></b>				
- gestion simultanée				
- transmissions				
- dossier médical				
<b><i>Habilité technique</i></b>				
	<b>Non</b>	<b>Partielle -</b>	<b>Partielle +</b>	<b>Totale</b>
<b><i>Autonomie globale</i></b>				
<b><i>Raisonnement médical</i></b>				

Rapport circonstancié du responsable de stage

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

**PEDIATRIE** *Service ou unité d'urgence pédiatrique*

Lieu de stage :

Maître de stage :

**NIVEAU DE COMPETENCE**

<b><u>Niveau de compétences</u></b>	<b>% Nul</b>	<b>25 % Mauvais</b>	<b>75 % Bon</b>	<b>100 % Excellent</b>
<b><i>Décisionnelle</i></b>				
- clinique				
- prescription ex. complémentaires				
- thérapeutique				
- appel spécialiste				
- orientation du patient				
<b><i>Relationnelle</i></b>				
- patient				
- famille				
- paramédicaux				
- médecins				
<b><i>Organisationnelle</i></b>				
- gestion simultanée				
- transmissions				
- dossier médical				
<b><i>Habilité technique</i></b>				
	<b>Non</b>	<b>Partielle -</b>	<b>Partielle +</b>	<b>Totale</b>
<b><i>Autonomie globale</i></b>				
<b><i>Raisonnement médical</i></b>				

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

## Autres stages effectués au cours du DES

Service : lieu

Date :

Responsable du stage

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

---

Service : lieu

Date :

Responsable du stage

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

Service : lieu

Date :

Responsable du stage

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

---

Service :

lieu

Date :

Responsable du stage

**Rapport circonstancié du responsable de stage**

VALIDATION [ ]  
NON VALIDATION [ ]

Date et signature :

---