

Programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires

Formulaire d'évaluation Clinique/Clinical Reference Form

Veillez remplir et retourner le formulaire à la candidate ou candidat dans une enveloppe scellée.
Please complete and return the form to the applicant in a sealed envelope.

Non de la candidate ou du candidat:

Name of Candidate: _____

Nom de la personne fournissant les références:

Name of Referee: _____

Relation avec la candidate ou le candidat: Employeur Professeur(e) Autre (précisez) _____

Relationship to Candidate: Employer Instructor Other (specify) _____

Comment décrivez-vous votre connaissance de cette personne?

How well do you know the candidate?

très bonne assez bonne un peu très peu

Very well Fairly well Slightly Not well

Depuis combien d'années la connaissez-vous?

For how many years do you know the candidate? _____

Comparativement à d'autres infirmières ou infirmiers que vous connaissez et qui occupent un poste semblable, dans quelle catégorie classez-vous cette personne :

Compared to other nurses you know in a similar position, how would you rank this person:

	supérieure Superior	très bonne Very Good	bonne Good	assez bonne Fair	médiocre Poor	ne sait pas Unknown
Aptitude en matière d'évaluation / Assessment skills						
Pensée critique / Critical thinking						
Aptitudes à résoudre des problèmes / Problem solving skills						
Connaissance des sciences infirmières / Knowledge of nursing science						
Connaissances des soins de santé primaires / Knowledge of primary health care						
Relations interpersonnelles / Interpersonal skills						
Aptitudes à travailler avec d'autres personnes / Ability to work with others						
Capacité de leadership / Leadership skills						
Confiance en soi / Self confidence						
Empathie / Empathy						
Habitudes de travail / Work habits						
Connaissance techniques / Technical Skills						
Votre impression générale en regard des habiletés cliniques de cette personne / Your overall impression of candidate's clinical abilities						
Potentiel à devenir une infirmière ou infirmier praticien / Potential to be a Primary Health Care Nurse Practitioner						

Quels sont les points forts de cette personne démontrant qu'elle peut exercer le rôle d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien ? (Précisez)
What strengths would this individual bring to a Primary Health Care Nurse Practitioner role? (Please be specific)

À votre avis, sous quelles aspects cette personne devrait-elle apporter des améliorations? (Précisez)
What areas would you see as needing improvement? (Please be specific)

Est-ce que vous offririez à cette personne un poste d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien ? Oui Non
Would you hire this person as a Primary Health Care Nurse Practitioner? Yes No

AUTRES COMMENTAIRES:
OTHER COMMENTS:

Nom (en lettres moulées) Name (Print)

Numéro de téléphone Phone Number

Emploi (titre) Position (title)

Compagnie/Institution Company/Institution

Signature _____ Date _____