

PRIMARY HEALTH CARE NURSE PRACTITIONER PROGRAM

clinical reference form

You (Candidate for Admission) are required to identify two referees who can provide information on your clinical background and competency, and have these individuals submit separate forms on or before February 1.

Each form must be returned to you in a sealed envelope that is signed across the back flap. It is your responsibility to ensure that all application documents reach Laurentian Admissions by February 1.

The Candidate should fill in his/her name. The candidate should also complete the address on an envelope and affix postage, so that it may be returned to him/her, sealed and signed. Please seek referees who can best speak to your clinical skills and aptitude to be a nurse practitioner, such as clinical supervisors or directors.

Name of Candidate _____

Name of Referee _____

Relationship to Candidate: Employer ☐ Instructor ☐ Other (please specify) _____

How well do you know the candidate? Very well ☐ Fairly well ☐ Slightly ☐ Not well ☐

How many years have you known the candidate? _____

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

	Superior	Very Good	Good	Fair	Poor	Unknown
Assessment skills						
Critical thinking						
Problems solving skills						
Knowledge of nursing science						
Knowledge of primary health care						
Interpersonal skills						
Ability to work with others						
Leadership skills						
Self-confidence						
Empathy						
Work habits						
Technical skills						
Your overall impression of the candidate's abilities						
Potential to be a Primary Health Care Nurse Practitioner						

PRIMARY HEALTH CARE NURSE PRACTITIONER PROGRAM

What strengths would this individual bring to a Primary Health Care Nurse Practitioner role? (Please be specific)

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 praticier? Oui ☐ Non ☐

Other Comments:

Name (print)

Company/Institution

Daytime telephone number

Position (title)

Signature

Date

PROGRAMME DE FORMATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

formulaire d'évaluation clinique

Vous (candidat à l'admission) devez identifier deux personnes qui peuvent fournir des informations sur vos expériences et compétences cliniques, et ces personnes doivent soumettre des formulaires séparés par ou avant le 1^{er} février. Chaque formulaire doit vous être retourné dans une enveloppe scellée qui est signé sur le rabat arrière. Vous êtes responsables de vous assurer que tous les documents de demande d'admission sont retournés au Bureau d'admissions par le 1^{er} février.

Le candidat doit remplir son nom. Le candidat doit également remplir l'adresse sur une enveloppe et ajouter les timbres postales, de sorte qu'il peut vous être renvoyé scellé et signé. S'il vous plaît faites demande de références auprès des personnes qui peuvent le mieux évaluer vos compétences cliniques et vos aptitudes à devenir une infirmière praticienne (eg. superviseurs clinique ou directrice(eur)s.

Nom de la candidate ou du candidat

Nom de la personne fournissant les références

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

Comment décrivez-vous votre connaissance de cette personne? très bonne ☐ assez bonne ☐ un peu ☐ très peu ☐

Depuis combien d'années la connaissez-vous? _____

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

	supérieure	très bonne	bonne	assez bonne	médiocre	ne sait pas
Aptitude en matière d'évaluation						
Pensée critique						
Aptitudes à résoudre des problèmes						
Connaissance des sciences infirmières						
Connaissances des soins de santé primaires						
Relations interpersonnelles						
Aptitudes à travailler avec d'autres personnes						
Capacité de leadership						
Confiance en soi						
Empathie						
Habitudes de travail						
Connaissance techniques						
Votre impression générale en regard des habiletés cliniques de cette personne						
Potentiel à devenir une infirmière ou infirmier praticien						

PROGRAMME DE FORMATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Quels sont les points forts de cette personne démontrant qu'elle peut exercer le rôle d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien ? (Précisez)

À votre avis, sous quelles aspects cette personne devrait-elle apporter des améliorations? (Précisez)

Est-ce que vous offririez à cette personne un poste d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien? Oui ☐ Non ☐

Autres commentaires:

Nom (en lettres moulées)

Compagnie/Institution

Numéro de téléphone

Emploi (titre)

Signature

Date