

DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE D'ARTHROSCOPIE 2014-2015

Fiche d'évaluation de Stage

Partie à remplir par le candidat

Le candidat :

Nom : Prénom :

né(e) le : / / 19.....

Lieu et modalités d'exercice :
.....
.....

Expérience en arthroscopie avant le DIU :

Nombre d'arthroscopies pratiquées (genou, épaule, autres) :

Nombre d'années de pratique :

Le stage :

► Modalités

- | | | |
|-----------------|----------------------------|------------------------------|
| • 6 mois | <input type="checkbox"/> * | • Préciser les dates : |
| • 2 fois 3 mois | <input type="checkbox"/> * | • Préciser les dates : |
| • Temps plein | <input type="checkbox"/> * | |
| • Temps partiel | <input type="checkbox"/> * | • Préciser : |

Partie à remplir par le moniteur

Le moniteur :

Nom : Prénom :

Lieu et mode d'exercice :

Nombre de stagiaires formés jusqu'à présent dans le cadre du DIU :

Evaluation du candidat :

→ *Connaissances théoriques* (pathologie du genou, épaule, etc...)

Excellentes * Bonnes * Moyennes * Insuffisantes *

➔ **Connaissances théoriques** (appliquées à l'arthroscopie : matériel, installation ...)

Excellentes * Bonnes * Moyennes * Insuffisantes *

➔ **Expérience en arthroscopie**

Excellente * Bonne * Moyenne * Insuffisante *

➔ **Qualité du geste arthroscopique**

Excellente * Bonne * Moyenne * Insuffisante *

➔ **Motivation**

Excellente * Bonne * Moyenne * Insuffisante *

➔ **Assiduité**

Excellente * Bonne * Moyenne * Insuffisante *

➔ **Pratique en arthroscopie**

Excellente * Bonne * Moyenne * Insuffisante *

➔ **Intérêt scientifique**

Excellent * Bon * Moyen * Insuffisant *

* Cocher la case correspondante

■ **Commentaires du moniteur :**

.....

.....

.....

.....

.....

■ **Avis du moniteur**

Stage à valider * Stage à discuter * Stage à refuser *

Signature, date et cachet du moniteur

**Cette fiche, pré-remplie par le candidat, est à remettre au moniteur,
qui la retournera avant le 1^{er} septembre 2015 à :**

*Sylviane DELEPLANQUE
Hôpital Sud - Bâtiment Olympique - 4^{ème} étage
Service d'Orthopédie-Traumatologie du Sport -Urgences
Cs 90338
38434 ECHIROLLES cedex*

Ne pas remplir la partie ci-dessous, elle sera complétée par le Conseil inter-régional

■ **Décision du Conseil inter-régional** _____

Stage validé *

Stage non validé *

A Paris Le / /