1/4

DATE DE L’ENTRETIEN (JJ/MM/AAAA) :

|  |
| --- |
| **Praticien hospitalier** |
| [ ]  Madame [ ]  MonsieurNOM D’USAGE, Prénoms : Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : Adresse électronique : @  |

|  |
| --- |
| **Autorité compétente pour mener l’entretien professionnel** |
| NOM D’USAGE, Prénoms : Qualité : Adresse électronique : @ Nom de l’établissement :  |

|  |
| --- |
| **Spécialité et exercice** |
| Quotité d’exercice : 🞎 date de modification s’il y a lieuSpécialité d’appartenance :[ ]  Anesthésie-réanimation [ ]  Pharmacie [ ]  Médecine et spécialités médicales[ ]  Biologie médicale [ ]  Psychiatrie [ ]  Chirurgie, spécialités chirurgicales et odontologie[ ]  Radiologie |

2/4

|  |
| --- |
| **Éléments généraux** |
| Fonctions occupées par le praticien hospitalier : Pôle : Service d’exercice/Unité fonctionnelle : Date de début d’exercice :  |

|  |
| --- |
| **Description des missions** |
| Description des missions du praticien au sein de l’équipe et dans le cadre du projet de service :* Activités cliniques et non cliniques, activité d’intérêt général, activité libérale, autres
* Se référer au profil de poste s’il existe ainsi qu’aux projets médicaux d’établissement et de territoire
* Préciser le contexte local d’exercice
 |

|  |
| --- |
| **Réalisations et bilan de l’année écoulée** |
| * Points positifs et négatifs ressentis par le praticien (pour lui-même, le service, le pôle, l’établissement) au regard de ses activités cliniques
* Fonctions hospitalières et organisation médicale (dont responsabilité d’UF)
* Participation à la permanence des soins (nombre de gardes et d’astreintes réalisées) et temps de travail additionnel éventuellement réalisé
* Participation à des missions non cliniques de recherche, d’enseignement, de qualité des soins, des projets, instances ou commissions internes
* Intégration et implication dans l’équipe et dans l’établissement
* Autres remarques
 |

3/4

|  |
| --- |
| **Qualité de vie au travail** |
| * Conditions de travail et moyens mis à disposition
* Relations interprofessionnelles
* Situation ressentie par le praticien comme motivante ou, au contraire, comme problématique
* Propositions d’amélioration de l’organisation du travail
 |

|  |
| --- |
| **Souhaits et projets pour l’année à venir** |
| **Souhaits professionnels du praticien relatifs aux :*** fonctions cliniques dans l’UF/le service/le pôle/l’établissement/le GHT
* activités de recherche
* activités d’enseignement
* participation à la vie institutionnelle

**Projets évoqués avec le responsable médical :*** fonctions cliniques dans l’UF/le service/le pôle/l’établissement/le GHT
* activités de recherche
* activités d’enseignement
* participation à la vie institutionnelle

**Perspectives d’ordre individuel :**Par exemple :* Projet de modulation de la quotité de temps de travail :
* Perspectives d’évolution (passage du CNPH, projet de mobilité)
* Projet de reconversion
* Départ à la retraite

**Commentaire éventuel du responsable médical :** |

4/4

|  |
| --- |
| **Formations / Développement professionnel continu** |
| Formation(s) suivie(s) / DPC au cours de l’année écoulée : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoins et souhaits de formation exprimés par le praticien** | **Avis et observations du responsable en chargede l’entretien professionnel** |
|  |  |
| **Formation(s) proposée(s) par le responsableen charge de l’entretien professionnel** | **Observations du praticien** |
|  |  |
| Nom-Prénom du praticiendate et signature | Nom-Prénom du responsable en charge de l’entretiendate et signature |

*La signature par les deux parties n’emporte pas l’accord sur le contenu mais signifie que le praticien en a pris connaissance.*