# **Fiche d’évaluation du mentoré[[1]](#footnote-1)**

# Programme de mentorat aide médicale à mourir (AMM) – CIUSSS de la Capitale-Nationale

## **Objectifs à atteindre convenus en début de mentorat :**

* L’acquisition des connaissances générales sur le processus de demande d’AMM ;
* La connaissance des rôles et des responsabilités des médecins selon la Loi sur les soins de fin de vie (S-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie, section II) ;
* La compréhension et l’application des différentes étapes requises lors de la réception d’une demande d’AMM ;
* La connaissance de la procédure de don de tissus et/ou d’organes lors des demandes d’AMM ;
* L’explication, à l’usager et à ses proches, de la démarche d’AMM, avec ou sans don de tissus et/ou d’organes ;
* L’évaluation des critères d’admissibilité pour l’AMM ;
* L’organisation de l’AMM en collaboration interdisciplinaire ;
* L’acquisition des compétences techniques du soin.

## **Durée prévue du mentorat (en heures) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## **Description des rencontres :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rencontres** | **Description de l’activité** | **Stratégies et activités qui appuient les objectifs d’apprentissage** | **Processus de rétroaction utilisés** | **Commentaires** |
| Date :Lieu :Modalité : |  | * La pratique de compétences
* Le jumelage
* L’observation
* L’autoformation
* Le soutien-conseil
 | * Rétroaction écrite
* Rétroaction verbale
* Rétroaction par démonstration
* Rétroaction par questionnement
 |  |
| Date :Lieu :Modalité : |  | * La pratique de compétences
* Le jumelage
* L’observation
* L’autoformation
* Le soutien-conseil
 | * Rétroaction écrite
* Rétroaction verbale
* Rétroaction par démonstration
* Rétroaction par questionnement
 |  |
| Date :Lieu :Modalité : |  | * La pratique de compétences
* Le jumelage
* L’observation
* L’autoformation
* Le soutien-conseil
 | * Rétroaction écrite
* Rétroaction verbale
* Rétroaction par démonstration
* Rétroaction par questionnement
 |  |

## **Évaluation à la fin de la période de mentorat**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs d’apprentissage** | **Atteint** | **Partiellement atteint** | **Non atteint** | **Non évalué** | **Commentaires** |
| L’acquisition des connaissances générales sur le processus de demande d’AMM . |  |  |  |  |  |
| La connaissance des rôles et des responsabilités des médecins selon la Loi sur les soins de fin de vie (S-32.0001 - Loi concernant les soins de fin de vie, section II) . |  |  |  |  |  |
| La compréhension et l’application des différentes étapes requises lors de la réception d’une demande d’AMM . |  |  |  |  |  |
| L’évaluation des critères d’admissibilité pour l’AMM. |  |  |  |  |  |
| La connaissance de la procédure de don de tissus et/ou d’organes lors des demandes d’AMM. |  |  |  |  |  |
| L’explication, à l’usager et à ses proches,  de la démarche d’AMM, avec ou sans don de tissus et/ou d’organes. |  |  |  |  |  |
| L’organisation de l’AMM en collaboration interdisciplinaire. |  |  |  |  |  |
| L’initiation à la pratique de l’AMM afin d’offrir le soin à l’usager qui en fait la demande. |  |  |  |  |  |

Nom du mentoré : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du mentor : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres personnes qui ont participé à l’évaluation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Faire parvenir l’évaluation complétée à l’adresse : amm.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca

Si vous désirez obtenir des unités de formation médicale continue, vous devez également joindre cette évaluation au processus d’accréditation de l’Université Laval défini à l’annexe 3 de ce programme en complétant le formulaire de Demande d’accréditation d’une activité de mentorat structuré.

1. Fiche à compléter par le mentor [↑](#footnote-ref-1)