# **Fiche d’évaluation de l’activité de mentorat [[1]](#footnote-1)**

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

## **Objectifs de l’évaluation de l’activité de mentorat:**

* Évaluer la satisfaction du mentoré.
* Évaluer la satisfaction du mentor.
* Identifier les points à améliorer quant à l’activité et au programme de mentorat.

## **Évaluation de l’expérience du mentor et du mentoré**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cocher √****Je suis le :** | **Mentor** | **Mentoré** |
|  |  |

**Pendant votre expérience de mentorat :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Totalement en accord** | **En accord** | **En désaccord** | **Totalement en désaccord** | **Commentaire** |
| La qualité de l'expérience était conforme à mes attentes. |  |  |  |  |  |
| Cette activité a permis l'atteinte des objectifs d'apprentissage préétablis. |  |  |  |  |  |
| Cette activité a su répondre à mes besoins et mes attentes. |  |  |  |  |  |
| Cette activité permettra d'apporter des améliorations à ma pratique. |  |  |  |  |  |
| Les échanges et moments de rétroaction étaient en quantité suffisante. |  |  |  |  |  |
| La durée prévue a été respectée. |  |  |  |  |  |
| L'horaire des rencontres a été respecté. |  |  |  |  |  |
| Il n'y avait aucun biais commercial durant cette activité. |  |  |  |  |  |
| Je recommande ce programme à d'autres médecins. |  |  |  |  |  |

**Nom de la personne qui complète l’évaluation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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