1/4

DATE DE L’ENTRETIEN (JJ/MM/AAAA) :

|  |
| --- |
| **Praticien hospitalier** |
| Madame  Monsieur  NOM 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 lieu  Spécialité 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 charge de l’entretien professionnel** |
|  |  |
| **Formation(s) proposée(s) par le responsable en charge de l’entretien professionnel** | **Observations du praticien** |
|  |  |
| Nom-Prénom du praticien  date et signature | Nom-Prénom du responsable en charge de l’entretien  date 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.*