

Notice

- (1) Sous le terme général du service, il convient d'entendre : service hospitalier, extra-hospitalier ou laboratoire de recherche français ou étranger.
- (2) L'interne précise la fréquence des réunions, sa participation personnelle notamment les sujets qu'il a présentés : il joint les documents utiles.
- (3) L'interne indique la fréquence et la durée des réunions, sa participation personnelle aux analyses d'articles et aux discussions : il joint la liste des articles ayant fait l'objet d'un exposé.
- (4) L'interne précise ses acquisitions nouvelles : il joint éventuellement les comptes-rendus.
- (5) L'interne indique leur nature, leur fréquence et précise l'encadrement dont il a éventuellement bénéficié.
- (6) Le chef de service formule une appréciation sur la participation de l'interne aux réunions d'enseignement et de présentation des dossiers.
- (7) Le Chef de service formule une appréciation sur les acquisitions nouvelles spécifiques de l'interne durant le semestre.
- (8) Le Chef de service formule une appréciation sur les acquisitions nouvelles spécifiques de l'interne durant le semestre.
- (9) Le Chef de service formule une appréciation sur la participation de l'interne aux consultations et, après avis du responsable des urgences, sur sa participation aux gardes.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LE SERVICE

Adresse du service :

Nature du service (hospitalier, extra-hospitalier, hospitalo-universitaire ou non, laboratoire de recherche) :

Formations pour lesquelles le service hospitalier ou extra-hospitalier est agréé (médecine générale, DES, DESC) ou spécialité du laboratoire de recherche ou du service situé à l'étranger :

Adresse et numéro de téléphone du Responsable du Service :

UFR SIMONE VEIL - SANTE
2 av. de la Source de la Bièvre
78180 Montigny-Le-Bretonneux
Tél : 01.70.42.94.80
3ecyclemedspe.sssv@uvsq.fr

E.C.N

RAPPORT SEMESTRIEL N°

STAGE DU MOIS DE NOVEMBRE 20... A AVRIL 20...
MAI 20... A OCTOBRE 20...

Nom du candidat :

Prénom :

Spécialité :

U.F.R. d'inscription : **SIMONE VEIL - SANTE**

Dénomination usuelle du service (1)

Nom du Responsable du service : **M. LE DOCTEUR**

Hôpital :

AVIS DU RESPONSABLE DU SERVICE SUR L'ENSEMBLE DES ACTIVITES DU CANDIDAT

Stage validé ☐

date :

Stage non validé ☐

signature :

PARTIE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT	PARTIE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE
REUNIONS D'ENSEIGNEMENT ET PRESENTATION DE DOSSIER	REUNIONS D'ENSEIGNEMENT ET PRESENTATION DE DOSSIER
BIBLIOGRAPHIE	BIBLIOGRAPHIE
INTERVENTIONS ET ACTES TECHNIQUES	INTERVENTIONS ET ACTES TECHNIQUES
GARDES-CONSULTATIONS SPECIALISEES	GARDES-CONSULTATIONS SPECIALISEES