Synthèse conjointe d’entretien annuel PM Une image contenant texte, signe, jaune

Description générée automatiquement

**Date de l’entretien** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date du dernier entretien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Nom et statut du praticien concerné par l’entretien :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Service d’exercice : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Spécialité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Grade : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Médecin conduisant l’entretien :**

Chef de service ( pour les praticiens de son service): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Responsable d’UF (par délégation du Chef de Service) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autre médecine (par délégation du Chef de Service) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Présence d’un tiers ( à la demande du praticien) :  oui  non - Si oui qualité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**1. Réalisations et bilan de l’année écoulée**

**Satisfaction du praticien concerné (à renseigner avant l’entretien)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A remplir avant l’entretien par le praticien (1 non satisfaisant à 5 très satisfaisant)* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Missions cliniques et fonctions hospitalières |  |  |  |  |  |
| Participation à la permanence des soins |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Identification par le praticien concerné des points positifs et d’amélioration |

|  |
| --- |
| Conseils du responsable médical sur le renforcement des points positifs et les pistes d’amélioration |

**2. Qualité de vie au travail**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A remplir avant l’entretien par le praticien (1 non satisfaisant à 5 très satisfaisant)* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Conditions de travail et moyens mis à disposition, locaux |  |  |  |  |  |
| Relations interprofessionnelles |  |  |  |  |  |
| Positionnement dans l'équipe /satisfaction de la répartition des missions au sein de l’équipe |  |  |  |  |  |
| Equilibre vie personnelle et professionnelle |  |  |  |  |  |
| Prise en compte de la parentalité dans l’organisation du service |  |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Identification par le praticien concerné des points positifs et d’amélioration (à renseigner avant l’entretien) |

|  |
| --- |
| Conseils du responsable médical sur le renforcement des points positifs et les pistes d’amélioration |

**3. Perspectives pour l’année à venir**

Objectifs partagés relatifs aux missions cliniques et non cliniques pour l'année à venir

|  |
| --- |
| Souhaits du praticien en ce qui concerne les missions attribuées dans la structure |

|  |
| --- |
| Commentaire du responsable médical |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Objectifs retenus conjointement pour l’année à venir |
| Fonctions cliniques dans l’UF/ le service/ le pôle/ le site/ le GHU/ Territoire |  |
| Activités de recherche |  |
| Activités d’enseignement |  |
| Participation à la vie institutionnelle et articulation avec projet de service/ DMU/ GHU |  |

**4. Perspectives de carrière**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *A remplir avant l’entretien par le praticien* | oui | non | détails | échéance |
| Modification des conditions d’exercice (quotité, absence temporaire) |  |  |  |  |
| Perspectives d’évolution (passage concours, renouvellement de contrat) |  |  |  |  |
| Projet de reconversion, de mobilité, de départ (y compris retraite) |  |  |  |  |
| Souhait d’universitarisation |  |  |  |  |
| Volonté ou aspiration de responsabilité managériales (à court, moyen ou long terme) |  |  |  |  |
| Autre : |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Commentaire éventuel du responsable médical |

**5. Formation / développement professionnel continu / congrès**

* Formation(s) suivie(s) / DPC au cours de l’année écoulée :
* Besoins pour l’année à venir :

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |  |

**6. Synthèse générale**

|  |
| --- |
| Synthèse commune |

|  |
| --- |
| Commentaires éventuels du praticien |

**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.*

Nom-Prénom du praticien / Nom-Prénom du responsable en charge de l’entretien