|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Une image contenant texte, signe, jaune  Description générée automatiquement** | | **Direction des affaires médicales** | | | |
|  | PRATICIEN HOSPITALIER | |  |  |
|  |  | | |  |
|  | **Une image contenant texte, signe, jaune  Description générée automatiquementENTRETIEN PROFESSIONNEL DE PERIODE PROBATOIRE** | | |  |

**GHU :**

**Site d’affectation :**

Date de début de la période probatoire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**DATE DE L’ENTRETIEN À 6 MOIS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**

**DATE DE L’ENTRETIEN À 12 MOIS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.**

**PRATICIEN HOSPITALIER EN PERIODE PROBATOIRE**

Madame  Monsieur

NOM D’USAGE, Prénoms :

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**RESPONSABLE DE STRUCTURE EN LIEN DIRECT AVEC LE PRATICIEN**

Madame  Monsieur

NOM D’USAGE, Prénoms :

Qualité :

**SPECIALITE ET EXERCICE**

Quotité d’exercice :

Date de modification s’il y a lieu :

Discipline de concours :

Anesthésie-réanimation

Pharmacie

Médecine et spécialités médicales

Biologie

Psychiatrie

Chirurgie, spécialités chirurgicales et odontologie

Radiologie

**ÉLEMENTS GENERAUX SUR LA PERIODE PROBATOIRE**

Première année probatoire

Création de poste  
 Activité à temps partagé au sein d’un autre ou d’autres établissements du GHT   
 Autres, à préciser

ou Prolongation de l’année probatoire

Au sein de la même équipe

ou auprès d’une autre équipe

Si autre équipe, exposer les motifs et préciser l’établissement d’affectation et son n° FINESSS. Si le praticien hospitalier en période probatoire effectue une deuxième année probatoire, des objectifs annuels et des entretiens à 6 et 12 mois seront à nouveau à prévoir

**PROFIL DE POSTE A JOUR ET PROJET MEDICAL DE SERVICE**

Eléments à compléter ou à annexer au présent document

|  |
| --- |
|  |

**TEMPS D’ÉCHANGES**

## Objectifs fixés au praticien hospitalier pour l’année probatoire :

Les objectifs annuels sont fixés pour les 12 mois de services effectifs. Dès la prise de fonctions du PH, un temps d’échange est à organiser par le responsable médical de proximité afin de déterminer conjointement les objectifs avec celui-ci. Les objectifs annuels sont fixés pour les 12 mois de services effectifs.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Description des attendus** | Observations |
| **Objectif annuel 1** |  |  |
| **Objectif annuel 2** |  |  |
| **Objectif annuel 3** |  |  |
| **Objectif annuel 4** |  |  |

## Evaluation des objectifs annuels du praticien hospitalier :

Deux points d’étapes ont lieu obligatoirement : un à 6 mois de services effectifs et un à 12 mois de services effectifs pour faire un bilan au regard des objectifs fixés.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs individuels** | Observations à 6 mois de  services effectifs | Bilan à 12 mois de services effectifs |
| **Objectif annuel 1 :** (À rappeler) |  |  |
| **Objectif annuel 2 :** (À rappeler) |  |  |
| **Objectif annuel 3 :** (À rappeler) |  |  |
| **Objectif annuel 4 :** (À rappeler) |  |  |

## Evaluation du comportement général

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs individuels** | Observations à 6 mois de  services effectifs | Bilan à 12 mois de services effectifs |
| Aptitude au travail en équipe du praticien |  |  |
| Respect des règles d’organisation et du tableau de service |  |  |
| implication dans la permanence des soins |  |  |
| Comportement, assiduité |  |  |

En cas de difficultés particulières, celles-ci doivent être consignées et s’accompagner de recommandations et d’axes d’améliorations.

|  |
| --- |
|  |

## Evaluation des capacités relationnelles

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs individuels** | Observations à 6 mois de  services effectifs | Bilan à 12 mois de services effectifs |
| Avec les patients |  |  |
| Avec les familles et les proches de patients |  |  |
| Avec les confrères |  |  |
| Avec les membres de l’équipe non médicale |  |  |
| Avec les partenaires extérieurs |  |  |

En cas de difficultés particulières, celles-ci doivent être consignées et s’accompagner d’axes d’amélioration et de recommandations

|  |
| --- |
|  |
|  |

## 

## Appréciation d’ensemble à l’issue des 6 mois de services effectifs

|  |  |
| --- | --- |
| Appréciation du contexte d’exercice: | |
| Appréciation du praticien | Appréciation du responsable médical direct |
|  |  |
| Formation : | |
| Souhaits de formation exprimés par le praticien | Avis et observations du responsable médical direct |
|  |  |
| Formation proposée par le responsable médical direct | Observations du praticien |
|  |  |

## Appréciation d’ensemble à l’issue des 12 mois de services effectifs

|  |
| --- |
| Appréciation du contexte d’exercice: |
| **Avis sur la nomination à titre permanent :**  **favorable**  ou **défavorable** à l’issue des 12 mois de services effectifs : prolongation de stage demandée ou licenciement pour inaptitude à l’exercice des fonctions |
| Appréciation d’ensemble détaillée du responsable de service, ou à défaut du chef de la structure  interne, sur l’exercice professionnel : |
|  |
| Observations du praticien : |
|  |
| Souhaits d’évolution professionnelle (à 12 mois de services effectifs) :  Il peut s’agir de souhaits de mobilité, d’activité d’enseignement, de recherche ou de missions institutionnelles. |
|  |

S**ignature du PH concerné:**

« J’atteste avoir pris connaissance et avoir reçu copie de ce compte rendu »

**APPRECIATION D’ENSEMBLE ET SYNTHESE DES AVIS MOTIVES POUR LA NOMINATION A TITRE PERMANENT**

GHU :

Site d’affectation :

**Madame  Monsieur (nom, prénoms du praticien) :**

**Discipline de concours : ………………………………………………………………….**

**Date de nomination à titre permanent proposée** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

***En cas de date différée pour motif d’absence****: ……………………………………………………………………*

*Merci de préciser toute période d’absence éventuelle (CM, Maternité, etc.):*

|  |  |
| --- | --- |
| **Avis motivé du chef de service ou de son représentant** | |
| **Favorable**  **Défavorable** | Nom, prénom cachet et signature : |
| **Avis motivé du directeur de DMU ou de son représentant** | |
| **Favorable**  **Défavorable** | Nom, prénom cachet et signature : |
| **Avis motivé du Président de CMEL** | |
| **Favorable**  **Défavorable** | Nom, prénom cachet et signature : |
| **Avis motivé du directeur du GHU** | |
| **Favorable**  **Défavorable** | Nom, prénom cachet et signature : |

**Fait à :** **Date :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.