

## Rapport d'évaluation Senior Surgeon SGC/SSC

### Informations sur le chirurgien / la chirurgienne

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Année de naissance: \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Employeur & lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Informations sur l'expert(e)

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Année de naissance: \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Employeur & lieu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Informations sur l'expert(e)

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Année de naissance: \_\_\_\_\_

Spécialité: \_\_\_\_\_

Employeur & lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

### Portefeuille opératoire

Quel est le spectre opératoire actuel (nombre de cas) ?

### Évaluation

Lieu de l'assessment: \_\_\_\_\_

Date & heure: \_\_\_\_\_

Intervention: \_\_\_\_\_

**Proposition d'interlocuteur possible Personnel OPS**

**Proposition reçue:**  **Oui**  **Non**

**Questions:**

Changements visibles et/ou perceptibles au cours des 6 - 12 derniers mois concernant le calme/l'émission, les relations/le comportement, le rythme, les complications & les capacités techniques.

**Nom, prénom:** \_\_\_\_\_ **Fonction:** \_\_\_\_\_

**Déclarations / connaissances:**

**Nom, prénom:** \_\_\_\_\_ **Fonction:** \_\_\_\_\_

**Déclarations / connaissances:**

**Nom, prénom:** \_\_\_\_\_ **Fonction:** \_\_\_\_\_

**Déclarations / connaissances:**

**Santé / état d'esprit Chirurgien/chirurgienne**

- État de santé médical et contrôles médicaux périodiques
- État mental/psychique
- Déficiences connues?

**Questions possibles:**

- Le candidat fait-il l'objet d'un suivi médical régulier?
- Des atteintes sont-elles connues? Si oui, impact dans le quotidien professionnel?
- Auto-évaluation de la santé mentale et psychique.
- Qu'en est-il de la capacité à récupérer

- Bon état de santé, pas de déficiences
- Bon état de santé, atteinte reconnue, sans influence
- atteinte présente, influence justifiable
- atteinte à prendre en compte

**Évaluation Intervention (à observer)**

**Observation par critère:**

(sur la base d'une échelle de 10)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Calme lors de l'exécution	<input type="checkbox"/>									
Actions claires et logiques (flux)	<input type="checkbox"/>									
Sécurité des mouvements	<input type="checkbox"/>									
Habilitété	<input type="checkbox"/>									
Interaction harmonieuse avec tous les acteurs de la table	<input type="checkbox"/>									
Lien avec l'anesthésie	<input type="checkbox"/>									
Sécurité dans la gestion des complications éventuelles	<input type="checkbox"/>									

**Entretien de restitution avec le chirurgien / la chirurgienne**

**Observations / conclusions:**

**Recommandations:**

- Sans réserve : tout l'éventail des opérations.
- Avec réserve : limitation du spectre opératoire (complexité, temps d'intervention, sur quoi)
- Non recommandé : plus d'activité chirurgicale

**Remarques:**

**Possibilités alternatives:** (uniquement en cas de réserves et de non-recommandation)

- Activités d'assistance lors d'interventions
- Activité en cabinet médical
- Activité de recherche
- Activité d'expertise pour des tiers
- Médecin conciliateur (assurances)
- Médecin Suva
- Directeur médical
- Activité pour des organisations et associations médicales
- Auditeur
- Conseil en matière de santé publique
- Projets sociaux (conseil et/ou réalisation)
- Mentor / coach pour jeunes médecins/médecins
- Mission de formation

**Remarques:**

**Résultats discutés le:**

---

**Signature de l'expert / de l'experte:**

---

**Signature du chirurgien / de la chirurgienne:**

---