**Evaluation de la journée d’observation par les deux parties concernées**

|  |
| --- |
| **A/**  **Nom/prénom de la personne ayant suivi la journée d’observation :**  **Fonction/profession :**  **Institution :**  **Nom/prénom de la personne qui a accueilli le professionnel :**  **Fonction/profession :**  **Institution :**  **Date de la journée d’observation :**  **Les formulaires d’évaluation de la Journée d’observation seront périodiquement analysés lors des séances de la Coordination Médico-sociale, dans le but de faire évoluer cet outil selon les observations reçues** |

|  |
| --- |
| **B/**  *À compléter par le professionnel qui a suivi la journée d’observation* oui non  1- L’encadrement de la journée vous a-t-il permis de vous familiariser avec l’institution ?  2- Au terme de cette journée, connaissez-vous mieux les prestations offertes par l’institution ?  3- Pourriez-vous à l’avenir les conseiller dans votre environnement ?  4- En quoi cette journée va-t-elle avoir un impact dans votre pratique habituelle ? *(remplir librement ci-dessous)* |

|  |
| --- |
| **C/**  *A remplir par la personne qui a accueilli et suivi le professionnel en observation* oui non  1- Jugez-vous cette expérience intéressante ?  2- Seriez-vous prêt à accueillir à nouveau un collaborateur en journée d’observation ?  3- Vos commentaires éventuels *(remplir librement ci-dessous)*: |

|  |
| --- |
| **D/**  Date et signature du collaborateur Date et signature du professionnel  ayant suivi la journée d’observation représentant l’institution d’accueil |

***A retourner au Réseau Santé Haut-Léman soit par fax au 021 973 16 25 soit par courrier postal, à l’attention de Mme F. Kern, Avenue du Général-Guisan 58 – 1800 Vevey, dans le mois qui suit la Journée d’observation.***

***Formulaire à remplir obligatoirement pour recevoir le défraiement prévu***