

ÉVALUATION DE LA FORMATION

Vos nom/prénom :

Nom de l'hôpital ou du cabinet médical :

Formation suivie : Formateur :

Aviez-vous demandé cette formation ? OUI NON

Veillez indiquer votre niveau de satisfaction relatif aux points suivants :

<i>Mettre une croix dans la colonne adéquate</i>	Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait
Rythme de la formation				
Contenu de la formation				
Supports de la formation (documentation)				
Conditions matérielles de la formation				
Présentation claire des informations par le formateur				
Discussions utiles au moment propice				
Mise en pratique pertinente				
Pédagogie du formateur				
Programme de formation respecté				
Prise en compte de vos attentes				
Atteinte des objectifs				
Votre appréciation globale				

Vous sentez vous prêt à mettre en pratique ? OUI NON

Si non, précisez pourquoi (et ce qui vous manque) :

.....

Observations/Suggestions d'amélioration :

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION