

PROGRAMME DE RÉSIDENCE DERMATOLOGIE

Formulaire d'appui

Merci d'accepter d'agir à titre de répondant(e). Le comité d'admission se fie énormément aux renseignements fournis par les médecins professeurs qui ont observé le candidat dans le contexte clinique. Par conséquent, nous souhaitons connaître votre appréciation des différentes compétences de ce candidat dans le présent questionnaire.

Nom du candidat : _____

Nom du répondant(e) : _____

Lieu de travail : _____

1. Dans quel environnement avez-vous été en relation avec le candidat ?

Observation clinique

Conseiller pédagogique

Sur le plan social

Autre (précisez) : _____

2. Combien de temps avez-vous côtoyé ce candidat (jours/semaines/années) ?

3. Considérez-vous que vous connaissez bien ce candidat ?

Oui

Non

4. Veuillez indiquer ici ce que vous avez constaté pour les différentes sphères évaluables :

a. Connaissances et compétences cognitives :

b. Sens de l'organisation :

c. Comportement, compétences attitudinales, maturité :

d. Compétences communicatives et relations de travail :

e. Motivation et ponctualité :

f. Sens des responsabilités et autonomie :

g. Jugement clinique :

h. Compétences techniques spécifiques à la dermatologie :

i. Qualités spéciales et contributions uniques :

5. Veuillez indiquer, en plaçant un « X » à l'endroit approprié, votre appréciation générale de ce candidat.

Exceptionnellement **FAIBLE** **_____** Exceptionnellement **FORT**

6. Finalement, veuillez cocher la case qui représente le mieux votre opinion actuelle :

- Je recommande ce candidat sans aucune hésitation
- Je recommande ce candidat
- Je recommande ce candidat avec réserve
- Je ne recommande pas ce candidat pour un poste de résidence en dermatologie

Je confirme que cette lettre est confidentielle et que le candidat n'en recevra aucune copie.

Nom : _____

Titre : _____

Signature : _____ Date : _____

DERMATOLOGY RESIDENCY PROGRAM

Support Form

Thank you for agreeing to act as a referee. The admissions committee relies heavily on the information provided by the medical professors who observed the candidate in a clinical setting. Therefore, we would like to know your assessment of this candidate's different skills.

Candidate Name : _____

Name of the referee : _____

Workplace : _____

1. In what context have you known/worked with the candidate?

Clinical observation

Educational consultant

Socially

Other (specify) : _____

2. How long have you known/worked with this candidate (days/weeks/years)?

3. Do you consider that you know well this candidate?

Yes

No

4. Please indicate your observations of these different evaluable criteria :

a. Cognitive knowledge and skills:

b. Sense of organization :

c. Behavior, attitudinal skills, maturity :

d. Communication skills and working relationships :

e. Motivation and punctuality :

f. Sense of responsibility and autonomy :

g. Clinical judgment :

h. Technical skills specific to dermatology :

i. Special qualities and unique contributions :

5. Please indicate, by placing an "X" in the appropriate place, your overall assessment of this candidate.

Exceptionally **LOW**  Exceptionally **HIGH**

6. Finally, please check the box that best represents your current opinion :

- I recommend this candidate without any hesitation
- I recommend this candidate
- I recommend this candidate with some reserve
- I do not recommend this candidate for a residency position in dermatology

I confirm that this letter is confidential and that the candidate will not receive any copy.

Name : _____

Title : _____

Signature : _____ Date : _____