



## ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ

Titre de l'activité \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Lieu (établissement et ville) : \_\_\_\_\_

Conférencier(s) : \_\_\_\_\_

Nombre d'années de pratique :  0-5 ans  6-10 ans  11-20 ans  21 ans et plus

Secteur prioritaire :  Pratique privée  Hôpital  Urgence  GMF-U

CISSS/CIUSSS  Autre

	TOUT À FAIT EN ACCORD	PLUTÔT EN ACCORD	PLUTÔT EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD	COMMENTAIRES UTILISER LE VERSO AU BESOIN
<b>ASPECT PÉDAGOGIQUE</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
1. Le contenu de l'activité était pertinent pour ma pratique					
2. Le conférencier a présenté l'information de façon claire et concise					
3. L'animateur a facilité l'interaction entre le conférencier et les participants					
4. Le temps de discussion était suffisant					
5. Les objectifs énoncés par le conférencier ont été atteints					
6. La documentation fournie me sera utile					
7. Le temps alloué pour cette activité était suffisant					
8. Les biais commerciaux étaient absents ( <i>commenter ci-dessous, svp</i> )					
9. L'organisation générale de l'activité était satisfaisante (accueil, programme, locaux, audiovisuels)					
10. Le <a href="#">Code d'éthique du CQDPCM</a> a été respecté					
11. Effets sur ma pratique	<input type="radio"/> Confirme ma pratique		<input type="radio"/> Modifie ma pratique		
12. Y-a-t-il eu divulgation de conflits d'intérêts potentiels?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON		<input type="radio"/> Je ne sais pas	

Commentaires et suggestions pour une prochaine activité de formation :

---



---