COMPIÈGNE NOYON
Centre Hospitalier Intercommunal

Région Hauts-de-France

Nom, prénom de l'apprenant :..... Stage du :.....au ..... Nom et lieu du service :.....

FICHE DE SUIVI DES APPRENTISSAGES

Date et compétence mobilisée	Situation de soin contextualisée : **pour qui ? pour quoi ? Où ? Quand ?**	Activité de soin	Points positifs/Points à améliorer **au regard des critères et indicateurs de la compétence**	AUTOÉVALUATION DE L'APPRENANT				COMMENTAIRES DU SOIGNANT au regard des critères et indicateurs de la compétence	ÉVALUATION DU SOIGNANT			NOM ET SIGNATURE DU SOIGNANT
				NA*	ECA*	A*	ARA*		NA*	ECA*	A*	

NA* : Non Acquis ; **ECA*** : En Cours d'Acquisition, A* : Acquis ; **ARA*** : Acte Réalisé en Autonomie

Version n°6 : Mai 2022