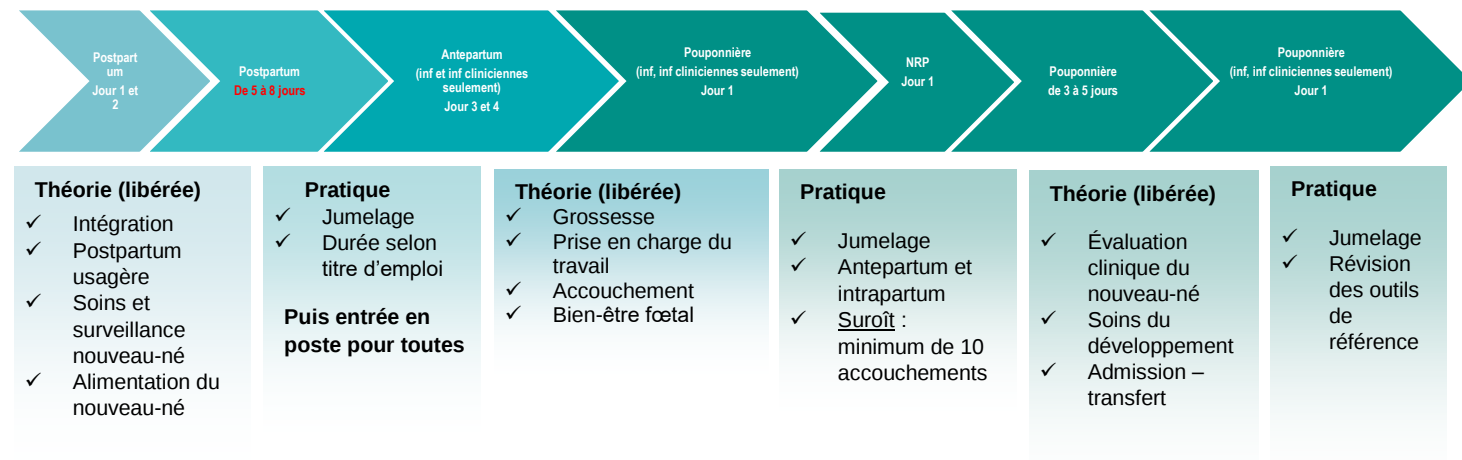




Renseignements généraux et planification de la rencontre	
Nom de l'employée : _____	Matricule : _____
Titre d'emploi : _____	Direction : _____
Unité de soins : _____	Période de référence : _____
Monitrices cliniques :	
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____
Nom : _____	Titre : _____

Jour 1	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Jour 2	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Jour 3	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Jour 6	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Jour 7	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Jour 8	Date :
Quart de travail : J ☐ S ☐ N ☐	Monitrice clinique :
À remplir par l'inf. aux., l'inf./CEPI	À remplir par la monitrice clinique
Objectif (s) de soins :	Recommandations et objectifs pour jours suivants :
Forces :	
Améliorations souhaitées et moyen d'amélioration :	Commentaires :
Commentaires :	

Signature de l'employé : _____

Date: _____

Signature de la monitrice clinique: _____

Date: _____

Signature de la monitrice clinique: _____

Date: _____

Signature de la chef d'unité : _____

Date: _____

☐ Remis au chef de l'unité

Date : _____

☐ Consigné au dossier de l'employé

Date : _____