

# Maîtrise

Stage internat  
pour l'étudiant inscrit  
au programme de  
maîtrise en pharmacie  
(milieux communautaire et hospitalier)

Direction de l'admission et du perfectionnement



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*



## Stage internat pour l'étudiant inscrit au programme de maîtrise en pharmacie (milieux communautaire et hospitalier)

Le *Règlement sur les conditions et les modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec* précise les formalités exigées à la personne qui désire obtenir un permis d'exercice de la pharmacie. Cette personne doit, entre autres, satisfaire aux exigences du stage internat.

Les objectifs du stage internat représentent les compétences globales complexes que le pharmacien doit maîtriser pour exercer adéquatement sa profession. Ainsi, dans le respect des lois, règlements et normes qui régissent l'exercice de la pharmacie et en démontrant des attitudes professionnelles dans sa pratique, le stagiaire doit :

- ❖ communiquer efficacement avec les patients et les autres professionnels de la santé;
- ❖ développer et appliquer un plan de soins pharmaceutiques;
- ❖ contrôler la préparation et la distribution des médicaments;
- ❖ évaluer et diffuser l'information pharmaceutique;
- ❖ gérer efficacement les soins et les services pharmaceutiques.

Le Comité de l'admission à la pratique de l'Ordre des pharmaciens du Québec reconnaît une équivalence pour le stage internat d'un étudiant lorsque ce dernier effectue son stage dans le cadre des programmes de formation suivants :

- √ Maîtrise en pratique pharmaceutique (milieux communautaire et hospitalier) à l'Université de Montréal;
- √ Maîtrise en pharmacie d'hôpital à l'Université Laval.

La procédure qui suit précise les modalités d'obtention du permis d'exercice pour le stagiaire résident<sup>1</sup> en pharmacie inscrit à l'un des ces deux programmes.

---

<sup>1</sup> Stagiaire résident : terme utilisé pour identifier le stagiaire effectuant son stage internat dans le cadre de sa formation de second cycle en pharmacie.

## 1) Début du stage internat

Le stagiaire résident est autorisé à débiter son stage internat lorsqu'il remplit les trois exigences suivantes :

- après avoir complété les stages de premier cycle prévus au *Programme de stages* de l'Ordre des pharmaciens du Québec;
- après avoir complété avec succès les cours menant à l'obtention du diplôme donnant ouverture au permis d'exercice (Baccalauréat en pharmacie);
- après avoir terminé les cours théoriques du programme de formation de 2<sup>e</sup> cycle en pharmacie communautaire ou en établissement de santé – le stagiaire résident commence donc son stage au moment où il débute son travail dans son milieu de résidence.

La faculté de pharmacie doit fournir à l'Ordre des pharmaciens du Québec, ci-après appelé l'Ordre, la liste des étudiants admis aux programmes mentionnés précédemment, et ce, avant le début de la formation. La date à laquelle les stagiaires résidents font leur entrée dans les milieux de stage doit également être communiquée à l'Ordre.

Avant de débiter le stage internat, le stagiaire résident doit remplir et envoyer une fiche d'inscription à l'Ordre, dûment signée par le maître de stage ou le coordonnateur de stage. Le stagiaire résident doit utiliser la fiche d'inscription intitulée *Stage internat pendant les études de second cycle*.

## 2) Maître de stage

L'Ordre doit s'assurer que le maître de stage respecte les exigences requises pour être maître de stage dans le cadre du *Programme de stages* de l'Ordre, soit :

- être inscrit au Tableau de l'Ordre depuis au moins 2 ans;
- avoir participé à au moins une activité de formation continue au cours de l'année précédant le début du stage;
- n'avoir aucune restriction à son permis d'exercice de la profession;
- avoir un dossier exempt de toute condamnation disciplinaire depuis au moins 3 ans;
- n'avoir fait l'objet d'aucune recommandation défavorable de la part du Comité d'inspection professionnelle.

### 3) Durée du stage

Le stage internat est d'une durée minimale obligatoire de 600 heures. Les heures doivent être réparties sur un minimum de 15 semaines complètes. Cependant, seule l'atteinte des objectifs permet de mettre fin au stage internat; la durée du stage peut donc être prolongée selon le jugement du maître de stage. Tout stage internat doit être finalisé en 52 semaines (ou à la fin de la maîtrise). Tout dépassement entraîne la reprise du stage internat.

Le stagiaire résident peut accumuler les heures de stage internat durant l'année de résidence qui débute après la fin des cours théoriques. Les heures pouvant être incluses dans les heures de stage doivent être faites dans le cadre des rotations cliniques des milieux de stage. Sont également incluses les heures passées à assumer les fonctions de distribution des médicaments ainsi que les heures effectuées en centre d'information pharmaceutique. Les rotations cliniques effectuées dans des milieux de stage autres que le milieu principal du stagiaire résident sont également incluses parmi les heures du stage internat. Cependant, les activités liées au projet de recherche sont exclues des heures pouvant être accumulées dans le cadre du stage internat.

Les facultés de pharmacie doivent fournir à l'Ordre la liste des rotations effectuées par les stagiaires résidents inscrits au programme de 2<sup>e</sup> cycle (maîtrise en pratique pharmaceutique (milieux communautaire et hospitalier) à l'Université de Montréal et maîtrise en pharmacie d'hôpital à l'Université Laval). La date minimale de fin de stage sera calculée à partir de l'information fournie par les facultés de pharmacie.

### 4) Rapport de stage

Aucun rapport de stage internat n'est exigé pour l'obtention du permis d'exercice, en autant qu'un minimum de 600 heures de stage en milieu clinique a été complété et que l'évaluation du stage est satisfaisante. Cependant, l'Ordre se réserve le droit d'exiger une copie des travaux écrits des stagiaires résidents rédigés dans le cadre de leur formation de second cycle pour fin d'évaluation.

### 5) Évaluation

Le formulaire intitulé *Grille de l'évaluation des apprentissages – stage internat du stagiaire résident (maîtrise en pharmacie)* doit être utilisé pour attester de la réussite des objectifs du stage internat. Cette grille doit être remplie par le maître de stage ou le coordonnateur du stage. Elle doit être transmise à l'Ordre par le stagiaire résident, le maître de stage ou le coordonnateur de stage, et ce, avant l'émission du permis d'exercice.

## 6) Procédure pour la demande de permis d'exercice et l'inscription au Tableau

Le stagiaire résident ayant complété les heures obligatoires de stage internat ainsi que les travaux exigés par son milieu de stage peut procéder à la demande de son permis d'exercice. Pour ce faire, il doit :

- a) remplir le *Formulaire d'inscription et de demande de permis d'exercice*
- b) remplir le formulaire *Affirmation solennelle*;
- c) payer la cotisation et les frais prescrits par chèque ou mandat poste (communiquer avec l'Ordre pour connaître le montant exact de la cotisation);
- d) adhérer au FARPOPOQ (Fonds d'assurance responsabilité professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec) au 1 877 281-0309;
- e) s'assurer que le formulaire d'évaluation du stage internat a été transmis à l'Ordre des pharmaciens du Québec.

Le chèque ou le mandat poste doit être fait à l'attention de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Le paiement et les documents nécessaires à l'émission du permis d'exercice doivent être transmis à la Direction de l'admission et du perfectionnement de l'Ordre.

À noter que le permis d'exercice ne peut être émis avant :

- la réception des documents mentionnés ci-haut incluant le formulaire d'évaluation du stage internat (la mention satisfaisante doit être précisée pour tous les objectifs d'apprentissage et une recommandation positive concernant l'émission du permis doit être inscrite);
- l'adhésion au FARPOPOQ;
- l'approbation du Comité administratif de l'Ordre qui, en vertu des pouvoirs délégués par le Bureau, est autorisé à émettre les permis d'exercice de la pharmacie au Québec.

Si aucune difficulté ne survient au cours de ces étapes, le permis d'exercice de la pharmacie devrait être émis environ 7 jours après la réception de la demande. Le chèque ou mandat poste ne sera encaissé qu'au moment de l'approbation finale par le Comité administratif. La Direction de l'admission et du perfectionnement ou le service de l'Inscription de l'Ordre sera alors en mesure de confirmer, par téléphone, le numéro de permis d'exercice de la pharmacie ainsi que le numéro de réclamation à la R.A.M.Q.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
ET DE DEMANDE DE PERMIS D'EXERCICE

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Votre nom a-t-il fait l'objet d'un changement légal?  Non  Oui

a) Nom(s) précédent(s)? \_\_\_\_\_

b) Quand et comment ont-ils changés? \_\_\_\_\_

Note : Vous devez joindre une copie certifiée du document pertinent.  Déjà fourni

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

NO D'IMMATRICULATION \_\_\_\_\_ UNIVERSITÉ \_\_\_\_\_

1. Adresse de résidence actuelle

ADRESSE DE RÉSIDENCE N° / RUE / APPARTEMENT

\_\_\_\_\_

VILLE / PROVINCE / PAYS \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ POSTE \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Lieu d'exercice principal et domicile professionnel

3. Adresse de correspondance

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

\_\_\_\_\_

ADRESSE DU LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL N° / RUE / APPARTEMENT

\_\_\_\_\_

VILLE / PROVINCE / PAYS \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ POSTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Lieu d'exercice principal  
 Résidence

4. Choix des coordonnées du domicile professionnel lorsque vous n'exercez pas la profession (ne peut être une case postale)

Si vous n'exercez pas la profession de pharmacien, vous devez élire domicile à votre lieu de résidence ou de travail principal. Cette information (adresse et téléphone) peut être divulguée à toute personne qui en fait la demande auprès de l'Ordre. **ELLE N'EST PAS CONFIDENTIELLE.** De plus, elle est utilisée aux fins d'élection au Conseil d'administration de l'Ordre.

- Résidence  
 Lieu de travail principal

5. Courriel de communication

Ce courriel sera utilisé pour l'envoi de toute communication électronique provenant de l'Ordre des pharmaciens du Québec ainsi que pour l'envoi du bulletin *L'interaction*.

Courriel \_\_\_\_\_

Dans quel format désirez-vous recevoir votre bulletin *L'interaction*?

- Format électronique  Format papier

Désirez-vous recevoir *L'interaction express* (disponible seulement en format électronique)?  Oui  Non

## 6. Autres lieux d'exercice à déclarer au tableau

---

En plus du lieu d'exercice principal qui apparaît à la section 2, vous devez également déclarer ci-dessous tous les lieux où vous exercez vos activités professionnelles. Au besoin, utilisez une feuille supplémentaire identifiée à vos nom et numéro de membre. (*Code des professions*, art. 60).

Nom de l'établissement et adresse :

---

## 7. Renseignements judiciaires et disciplinaires (à ignorer si ces renseignements ont déjà été fournis au secrétariat général)

---

*Code des professions*, article 45.2 : « Une personne doit, dans sa demande de permis, d'inscription au tableau ou dans tout autre document qu'elle remplit aux fins de sa candidature à l'exercice de la profession, selon le cas, informer le Conseil d'administration qu'elle fait ou a déjà fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire visée aux articles 45 et 45.1 »

*Code des professions*, article 59.3 : « Tout professionnel doit, dans les 10 jours à compter de celui où il en est lui-même informé, aviser le secrétaire de l'ordre dont il est membre qu'il fait ou a fait l'objet d'une décision judiciaire ou disciplinaire visée à l'article 55.1 ou 55.2 »

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire ou judiciaire autre qu'une décision rendue par le conseil de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec?

*Si oui, inclure en annexe une copie de la décision judiciaire ou disciplinaire.*

Oui

Non

## 8. Correspondance

---

Depuis plusieurs années, l'Ordre des pharmaciens du Québec fournit différentes listes à des tiers. Avec  **votre autorisation** , nous pouvons inclure votre nom sur celles-ci. Veuillez indiquer les catégories pour lesquelles vous désirez recevoir la documentation (votre adresse de correspondance sera divulguée) :

	Oui ✓	Non ✓
1. Revues (Québec pharmacie, Actualité pharmaceutique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fins humanitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Activités de formation continue, congrès, colloques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Projets de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Retrouvailles, sondage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Santé publique (ex. : campagne de vaccination)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* Si vous ne faites aucun choix aux points 1, 2, 3, 4, 5 et 6, nous considérerons l'autorisation accordée. Veuillez noter qu'en tout temps, vous pouvez demander au secrétaire de l'Ordre de retirer votre nom d'une liste nominative.

## 9. Inscription au tableau

---

Je demande

- L'émission d'un permis d'exercice **avec inscription** au Tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec.
- L'émission d'un permis d'exercice **sans inscription** au Tableau de l'Ordre des pharmaciens du Québec.

## 10. Déclaration solennelle

---

Je confirme avoir obtenu le diplôme donnant ouverture au permis d'exercice de la pharmacie, et avoir complété les formalités prescrites par le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance des permis de l'Ordre des pharmaciens du Québec*.

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront utilisés à des fins de contrôle de l'exercice de la profession et de protection du public. Seuls les représentants de l'Ordre, dûment autorisés, auront accès à ces renseignements pour l'exercice de leurs fonctions. (art. 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q.c.A-2.1)*).

Si un renseignement contenu dans la présente déclaration vous apparaît inexact, incomplet ou équivoque, veuillez le rectifier en communiquant avec le secrétaire de l'Ordre.

Je déclare que tous les renseignements mentionnés dans le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets. De plus, je m'engage à aviser le secrétaire de l'Ordre de toute modification dans les trente (30) jours de ce changement.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC  
*Présent pour vous*

**Affirmation solennelle**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ affirme solennellement que :

- Je remplirai les devoirs de la profession de pharmacien(ne) avec honnêteté, fidélité et justice ;
- J'exécuterai fidèlement les mandats et les travaux qui me seront confiés ;
- Je respecterai le secret professionnel en toutes choses, sauf si la Loi m'autorise à le divulguer ;
- Je me conformerai, dans toute leur rigueur, à chacune des dispositions de la Loi sur la pharmacie et ses règlements, les lois du Québec et les lois du Canada, ayant toujours en vue le souci de ne compromettre en rien la santé publique ainsi que l'honneur et la dignité de la profession dans laquelle je m'engage aujourd'hui ;
- Je maintiendrai toujours en ma qualité de pharmacien(ne), membre de l'Ordre des pharmaciens, une attitude et une conduite respectueuses dans mes actes et mes paroles à l'égard des personnes chargées de l'administration des affaires de l'Ordre des pharmaciens ;
- Je me conduirai avec dignité, courtoisie, honorabilité et intégrité dans tous mes rapports avec le public en général et dans ceux avec mes consoeurs et mes confrères.

**À COMPLÉTER DEVANT NOTAIRE, AVOCAT OU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION**

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
(ville)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Affirmé solennellement devant moi à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
(ville)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_





ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## FICHE D'INSCRIPTION AU STAGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE STAGE INTERNAT PENDANT LES ÉTUDES DE SECOND CYCLE

Conformément au *Programme de stages de formation pratique de l'Ordre des pharmaciens du Québec*, la fiche ou demande d'inscription à un stage de formation professionnelle doit être transmise par le stagiaire résident, à la Direction de l'admission et du perfectionnement de l'Ordre:

- \* avant le début du stage ;
- \* après l'obtention du certificat d'immatriculation (pour le stage Premier cycle I).

### MISE EN GARDE

Si vous débutez votre stage avant de recevoir la confirmation de l'Ordre et que votre maître de stage ne répond pas aux critères établis par le programme, vous vous exposez à recommencer votre stage.

Dûment signée, cette fiche confirme que le stagiaire résident et le maître de stage ont pris connaissance des modalités et des objectifs du stage, et que le maître de stage répond aux exigences décrites dans le guide du stagiaire internat.

Veuillez compléter les informations au verso et expédiez le tout à l'Ordre des pharmaciens du Québec à l'adresse indiquée plus bas.

Si vous désirez recevoir confirmation de votre inscription, complétez la **carte-retour** (formulaire OPQ/SAP/12) et joignez-la au présent envoi.

Nous vous souhaitons tout le succès possible dans la réalisation de votre stage.

Ordre des pharmaciens du Québec  
Direction de l'admission et du perfectionnement  
301-266 rue Notre-Dame O  
Montréal QC H2Y 1T6  
(514) 284-9588 1 800 363-0324  
(verso)

NOM (à la naissance) : \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Université : \_\_\_\_\_

**ADRESSE PERMANENTE:**

N° rue : \_\_\_\_\_

Ville/Comté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**ADRESSE DE CORRESPONDANCE:** IDEM \_\_\_\_\_ OU:

N° rue : \_\_\_\_\_

Ville/Comté : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

*Je, soussigné(e) déclare, par la présente, débuter mon INTERNAT pendant les études de second cycle :*

milieu communautaire

établissement de santé

(    /    /    )  
JJ MM Année

*conformément aux dispositions de la Loi sur la pharmacie et ses règlements.*

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

MAÎTRE DE STAGE OU COORDONNATEUR DE STAGE

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ N° DE PERMIS : \_\_\_\_\_

ENDROIT DU STAGE (communautaire ou établissement):

N° rue : \_\_\_\_\_

Ville/Comté : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

*Je, soussigné(e), atteste rencontrer toutes les exigences de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour agir comme maître de stage.*

SIGNATURE DU COORDONNATEUR OU DU MAÎTRE DE STAGE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**STAGE INTERNAT DU STAGIAIRE RÉSIDENT****Maîtrise en pharmacie (M.Sc.)****GRILLE DE L'ÉVALUATION DES APPRENTISSAGES**

<b>Stagiaire résident (nom et immatriculation)</b>	_____	
<b>Responsable du stage (maître de stage ou coordonnateur) et numéro de permis</b>	_____	
<b>Période de stage Du</b>	_____ <b>Au</b>	_____
<b>Nombre total d'heures effectuées</b>	_____	

**À compléter par le stagiaire résident**

Lieu principal de stage (milieu de résidence) : \_\_\_\_\_

<b>Titre de la rotation clinique (incluant distribution et centre d'information)</b>	<b>Lieu</b>	<b>Pharmacien responsable et numéro de permis</b>	<b>Nombre d'heures effectuées</b>	<b>Période de rotation (Du – Au)</b>

## ÉVALUATION SOMMATIVE

## Évaluation de l'atteinte des objectifs du stage internat du stagiaire résident

Échelle : Fait preuve d'un niveau de maîtrise de cette compétence...

Insatisfaisant		Attendu		Très satisfaisant
Le niveau de compétence est dessous des attentes.	au-	Le niveau de compétence est conforme aux attentes.		Le niveau de compétence dépasse les attentes.

## Niveaux de compétence atteints à la fin du stage relatifs aux objectifs suivants :

## 1. Connaissances et habiletés

Insatisfaisant Attendu Très satisfaisant 

## Critères :

- Démonstre l'intégration des notions de pathophysiologie et de pharmacothérapie dans les activités réalisées.
- Consulte de la documentation et utilise les sources d'information valides et pertinentes pour mieux répondre aux questions d'ordre pharmacothérapeutique et exercer le processus des soins pharmaceutiques.

## 2. Soins pharmaceutiques

Insatisfaisant Attendu Très satisfaisant 

## Critères :

- Établit une relation de confiance avec le patient, les autres professionnels.
- Recueille et interprète toutes les données pertinentes concernant le patient.
- Identifie les problèmes réels ou potentiels liés à la pharmacothérapie.
- Propose les solutions les plus appropriées pour le patient et recommande un plan de soins pharmaceutiques.
- Applique le plan de soins en intervenant auprès du médecin, de l'équipe médicale, des autres professionnels et du patient selon le besoin.
- Assure le suivi du patient et ajuste le plan de soins pour atteindre les résultats recherchés si nécessaire.
- Documente adéquatement le dossier patient

## 3. Activités de communication de l'information sur les médicaments

Insatisfaisant Attendu Très satisfaisant 

## Critères :

- Transmet de l'information pharmacothérapeutique pertinente, orale ou écrite, aux patients, aux médecins, aux autres intervenants de la santé si nécessaire.
- Prend les occasions qui se présentent pour enseigner aux patients, aux professionnels de la santé, en tenant compte des différents auditoires.
- Fournit aux patients, aux médecins et aux autres intervenants, de façon claire et précise, toute information pharmaceutique visant une meilleure utilisation des médicaments.

## 4. Validation des ordonnances

Insatisfaisant Attendu Très satisfaisant 

## Critères :

- Détecte adéquatement une ordonnance potentiellement non appropriée. Identifie les situations pouvant augmenter les risques d'erreurs potentielles lors de l'exécution de l'ordonnance.
- Solutionne adéquatement les problèmes liés à une ordonnance non appropriée.
- Communique avec l'intervenant approprié (médecin, résident, infirmière) afin de résoudre les problèmes détectés.
- S'assure de la concordance entre la feuille d'ordonnance, les étiquettes et le profil pharmaceutique.
- Intervient adéquatement face à une demande de renseignements par téléphone.
- Démonstre de l'autonomie dans la consultation des références courantes.
- Intervient adéquatement auprès du personnel.

**5. Gestion efficace des soins et services pharmaceutiques**

Insatisfaisant

Attendu

Très satisfaisant

**Critères :**

- Organise efficacement le travail confié.
- Établit les priorités.
- Respecte les délais.
- S'assure d'une bonne répartition du temps.
- Supervise efficacement le personnel de soutien (distribue les responsabilités selon les fonctions, délègue, donne des directives claires et les explique, précise les résultats attendus).
- Applique les politiques pharmacoéconomiques d'utilisation ou de remboursement des médicaments des établissements et des régimes d'assurance-médicaments.

**6. Éthique professionnelle**

Insatisfaisant

Attendu

Très satisfaisant

**Critères :**

- Respect des lois, des normes et des règles régissant la profession dans les activités accomplies.

**7. Attitudes professionnelles**

Insatisfaisant

Attendu

Très satisfaisant

**Critères :**

- Motivation / intérêt / initiative.
- Respect des échéanciers et des pratiques en vigueur dans le milieu.
- Capacité de reconnaître ses forces et les points à améliorer.
- Sens des responsabilités.
- Souci de la qualité du travail accompli.
- Esprit d'équipe (exprime ses idées tout en respectant celles des autres).

**8. Appréciation globale de l'atteinte des objectifs du stage**

Insatisfaisant

Satisfaisant

Très satisfaisant

**Commentaires**

---



---



---



---



---

**OCTROI DU PERMIS D'EXERCICE DE LA PHARMACIE**

Recommandez-vous l'octroi d'un permis d'exercice à ce stagiaire résident?  Oui  Non

Justifier, le cas échéant, la réponse précédente (recommandation négative)

---



---

Je soussigné(e) reconnais avoir supervisé les activités et travaux du résident lors de son stage effectué sous ma responsabilité à

\_\_\_\_\_ située au \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Signature du responsable

\_\_\_\_\_  
 Date

Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance de ce rapport d'évaluation rédigé par mon maître de stage.

\_\_\_\_\_  
 Signature du stagiaire résident

\_\_\_\_\_  
 Date

**Réservé à l'Ordre des pharmaciens du Québec**

Émission du permis      Date : \_\_\_\_\_

Permis non octroyé      Date : \_\_\_\_\_

Raison  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Date du suivi au Comité d'admission à la pratique (si nécessaire) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature de la Direction de l'admission et du perfectionnement

\_\_\_\_\_  
 Date





# Internat pendant la maîtrise



266 Rue Notre-Dame Ouest  
Bureau 301  
Montréal Qc H2Y 1T6

514 284-9588      1 800 363-0324

©Ordre des pharmaciens du Québec  
Janvier 2009