



Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Lyon Sud

Rédaction : CBe

Personnel :
Fiche de suivi de formation d'un A.P.S.

Vérification : Cbe / PB / CB / SC

Enregistrement ENR 076
Création : 01 / 10 / 09 VI
Révision : -- / -- / -- 1/5

Service Pharmaceutique
Stérilisation Centrale

Approbation : SC

Agent Polyvalent de Stérilisation : _____

Tuteurs : _____ / _____ / _____

Avant chaque entretien d'évaluation, un bilan de la formation est effectué entre le cadre et les tuteurs.

| | | |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Semaine 1 | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> |
| Date : ____ / ____ / ____ | | Visa de l'agent : _____ |

| | | |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| Semaine 2 | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> |
| Date : ____ / ____ / ____ | | Visa de l'agent : _____ |

| | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| Semaine 3 | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> |
| Validation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Date : ____ / ____ / ____ |
| | | Visa de l'agent : _____ |

| | | |
|--|-------------------------|----------------------------------|
| Semaine 4 | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> |
| Validation : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | Date : ____ / ____ / ____ |
| | | Visa de l'agent : _____ |



Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Lyon Sud

Rédaction : CBe

Personnel :
Fiche de suivi de formation d'un A.P.S.

Vérification : Cbe / PB / CB / SC

Enregistrement ENR 076
Création : 01 / 10 / 09 VI
Révision : -- / -- / -- 1/5

Service Pharmaceutique
Stérilisation Centrale

Approbation : SC

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 5 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 6 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 7 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 8 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |



Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Lyon Sud

Rédaction : CBe

Personnel :
Fiche de suivi de formation d'un A.P.S.

Vérification : Cbe / PB / CB / SC

Enregistrement ENR 076
Création : 01 / 10 / 09 VI
Révision : -- / -- / -- 1/5

Service Pharmaceutique
Stérilisation Centrale

Approbation : SC

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 9 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 10 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 11 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 12 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |



Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Lyon Sud

Rédaction : CBe

Personnel :
Fiche de suivi de formation d'un A.P.S.

Vérification : Cbe / PB / CB / SC

Enregistrement ENR 076
Création : 01 / 10 / 09 VI
Révision : -- / -- / -- 1/5

Service Pharmaceutique
Stérilisation Centrale

Approbation : SC

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 13 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 14 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 15 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |

| | | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Semaine 16 | | Zone : _____ | Cadre : _____ |
| <u>Points forts :</u> | <u>Points faibles :</u> | <u>Améliorations attendues :</u> | |
| | | | |
| <u>Validation :</u> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <u>Date :</u> ___ / ___ / ___ | <u>Visa de l'agent :</u> _____ |



Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Lyon Sud

Rédaction : CBe

Personnel :
Fiche de suivi de formation d'un A.P.S.

Vérification : Cbe / PB / CB / SC

Enregistrement ENR 076
Création : 01 / 10 / 09 VI
Révision : -- / -- / -- 1/5

Service Pharmaceutique
Stérilisation Centrale

Approbation : SC

Synthèse de l'évaluation de l'Agent Polyvalent de Stérilisation

| | Date de validation |
|-----------|--------------------|
| Période A | |
| Période B | |
| Période C | |
| Période D | |

| | |
|--|-----------------|
| <i>Date</i> | ___ / ___ / ___ |
| <i>Visa du cadre</i> | _____ |
| <i>Visa de l'agent</i> | _____ |
| <i>Date du passage de nuit</i> | ___ / ___ / ___ |
| <i>Date d'intégration dans le planning</i> | ___ / ___ / ___ |