Centre de Soins de Suite
et de réadaptation LE BODIO
44160 PONT-CHATEAU

A remettre à Agnès Ravily

Questionnaire de fin de formation

NOM / Prénom	Roux Arnelle
Fonction	IDE.
Intitulé de la formation	Formation Alzheimer
Dates et durée	Du 2 au 25/11/2011
Lieu	Bodio
Type de formation	☒ Externe Organisme : Ad'Missions
	☒ Interne
	☐ Salon professionnel
	☐ Conférence

Le : 25/11/2011	Signature :

Pour vous, quel était l'objectif de la formation ?

Une meilleure connaissance de la maladie Alzheimer. Maintenir l'autonomie du patient atteint de cette maladie savoir communiquer avec lui et améliorer notre prise en charge

Cocher la case qui vous convient	**Très bien**	**Bien**	**Moyen**	**Faible**	**Vos observations**
Les connaissances théoriques apportées	X				Beaucoup de vidéos nous montrant le concret sur le terrain
Les connaissances pratiques	X				
L'adéquation à vos besoins propres	X				
Le style d'animation	X				Animatrice très passionnée et très engagée
Les documents remis lors du stage		X			
L'échange entre participants et animateur(s)	X				
Conditions matérielles : - restauration - salle et matériel	X				
Pourrez-vous mettre en œuvre les acquis de cette formation ?	(OUI) avec une nouvelle organisation de travail : NON				
Les points forts de cette formation ?	Mieux comprendre le patient atteint de maladie Alzheimer - Savoir communiquer et savoir monter un projet personnalisé -				
Les points faibles de cette formation ?					
Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?	Totalement ☒ Un peu O		En grande partie O Pas du tout O		

Observations (continuer au verso de la feuille si nécessaire)

Centre de Soins de Suite
et de réadaptation LE BODIO
44160 PONT-CHATEAU

A remettre à Agnès Ravily

Questionnaire de fin de formation

NOM / Prénom	SCHMITT Roselyne
Fonction	IDE
Intitulé de la formation	Formation Alzheimer
Dates et durée	Du 2 au 25/11/2011
Lieu	Bodio
Type de formation	☒ Externe Organisme : Ad'Missions
	☐ Interne
	☐ Salon professionnel
	☐ Conférence

Le : 25/11/2011	Signature :

Pour vous, quel était l'objectif de la formation ?
Meilleure connaissance de la maladie afin d'améliorer la prise en charge de ces patients atteints.

Cocher la case qui vous convient	**Très bien**	**Bien**	**Moyen**	**Faible**	**Vos observations**
Les connaissances théoriques apportées	X				
Les connaissances pratiques	X				
L'adéquation à vos besoins propres	X				
Le style d'animation	X				
Les documents remis lors du stage		X			
L'échange entre participants et animateur(s)	X				
Conditions matérielles : - restauration - salle et matériel		X			
Pourrez-vous mettre en œuvre les acquis de cette formation ?	: OUI : ~~NON~~				
Les points forts de cette formation ?	les échanges, les exemples du cas concrets, les vidéos.				
Les points faibles de cette formation ?					
Cette formation a-t-elle répondu à vos attentes ?	Totalement O Un peu O		En grande partie O Pas du tout O		

Observations (continuer au verso de la feuille si nécessaire)