# Formule d’évaluation de la séance

# de formation sur l’anaphylaxie

Veuillez remplir cette formule et la remettre à l’infirmière du système URIS.

|  |
| --- |
| **Nom du membre du personnel du programme communautaire :** |
| **Nom du programme communautaire :** |
| **Date de la séance de formation****:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Veuillez évaluer les commentaires suivants. | Oui | Non | Je ne suis pas certain(e) |
| J’ai confiance en ma capacité d’administrer un auto-injecteur d’épinéphrine à un enfant sous mes soins. |  |  |  |
| J’ai confiance en ma capacité de reconnaître les signes d’anaphylaxie. |  |  |  |
| Je comprends l’importance de la réduction des risques et je suis au courant des stratégies mises en place dans mon programme communautaire. |  |  |  |
| Je connais l’endroit où sont conservés les plans de soins de santé des enfants et je les consulterai au besoin. |  |  |  |

**Questions**

**Commentaires**