# Formulaire d’évaluation de la séance de formation sur l’asthme

Veuillez remplir et remettre cette feuille à l’infirmière du Système commun d’orientation et de réception des demandes.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Êtes-vous d’accord avec les énoncés suivants? | Oui | Non | Je ne sais pas |
| J’ai confiance en ma compétence à administrer un médicament de soulagement à un enfant dont j’ai la responsabilité. |  |  |  |
| J’ai confiance en ma capacité à reconnaître les symptômes d’asthme et à y réagir correctement. |  |  |  |
| Je sais où se trouvent les plans de soins de santé des enfants atteints d’asthme, et je les consulterai au besoin. |  |  |  |

**Questions**

**Commentaires**