# Formule d’évaluation de la séance de formation sur les troubles convulsifs

Veuillez remplir la formule suivante afin de fournir à l’infirmière une rétroaction sur la séance de formation.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Veuillez évaluer les commentaires suivants : | Oui | Non | Je ne suis pas certain(e) |
| J’ai confiance en ma capacité d’effectuer les interventions requises pour l’enfant (les enfants) sous mes soins (par ex., administrer le médicament de secours). |       |       |       |
| J’ai confiance en ma capacité d’identifier les signes d’une situation d’urgence et d’y répondre de manière appropriée. |       |       |       |
| Je connais l’endroit où sont conservés les plans de soins de santé de l’enfant (des enfants) et je les consulterai au besoin. |       |       |       |

**Questions**

**Commentaires**