



# Mentorat – Évaluation à mi-parcours et finale à l'OAONB

|                                                         |                |              |
|---------------------------------------------------------|----------------|--------------|
| Nom du mentoré                                          |                |              |
| Mentor(s)                                               |                |              |
| Période de mentorat                                     | début:         | fin:         |
|                                                         |                |              |
| Date d'échéance des rapports                            | mis parcours   | finale       |
|                                                         |                |              |
| Total d'heures de soins aux patients/clients effectuées | cette période: | TOTAL GLOBAL |
|                                                         |                |              |

| Heures de mentorat                             |                |              |
|------------------------------------------------|----------------|--------------|
| Direct – heures de diagnostic/évaluation       |                |              |
| Indirect – heures de diagnostic/évaluation     |                |              |
| Heures d'intervention directe de counseling    |                |              |
| Indirect - heures d'intervention de counseling |                |              |
| Autre (veuillez préciser) :                    |                |              |
| NOMBRE TOTAL<br>D'HEURES DE MENTORAT           | cette période: | TOTAL GLOBAL |
|                                                |                |              |

## Outil d'évaluation

1. Le clinicien mentoré évalue ses connaissances, ses compétences et ses aptitudes pour chaque domaine de pratique et énoncé comportemental, indique s'il s'agit d'un domaine de développement professionnel et indique quand il fera l'objet d'un suivi, et lui donne l'occasion de donner au moins un exemple par domaine de pratique qui démontre comment la compétence est intégrée à sa pratique.  Les indicateurs signalés indiquent les normes que l'OAONB s'attend à ce qu'un mentoré respecte dès le début de sa pratique et elles sont mesurées par l'évaluation de mi-parcours. Si elles ne sont pas respectées, ces normes doivent figurer dans l'évaluation de mi-parcours du mentor pour que celui-ci puisse les commenter. Le mentoré doit aborder ces normes par le biais d'un objectif d'apprentissage et les inclure dans la feuille récapitulative.
2. Bilan de l'évaluation: Après discussion avec le mentor, le mentoré indique dans quel(s) domaine(s) il concentrera son apprentissage.
3. Objectif d'apprentissage: Ce modèle aide le mentoré à définir des étapes d'action spécifiques pour chaque compétence qu'il souhaite développer. Étant donné que les mentorés peuvent avoir besoin de remplir plusieurs plans d'action, ce modèle est disponible sous forme de document téléchargeable distinct.



## Échelle d'évaluation

Veillez évaluer chaque norme de compétence à l'aide de l'échelle de notation décrite ci-dessous. Soyez aussi honnête et objectif que possible dans vos évaluations. Lors de l'évaluation, veuillez déterminer si le mentoré répond à la norme attendue à ce stade de sa pratique. Une cote « doit travailler pour satisfaire à la norme » pour une ou plusieurs sous-compétences n'implique pas nécessairement l'échec de la période de mentorat. L'OAONB fera un suivi auprès des mentors lorsqu'il y a des questions concernant le mentorat.

| Répond à la norme (RN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Améliorations nécessaires (AN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Non applicable (NA)                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Le mentoré fait preuve d'indépendance, de compétence et d'efficacité dans la plupart des tâches dans des situations familières ou routinières, nécessitant parfois plus de temps.</li> <li>Le mentoré identifie indépendamment les domaines à améliorer et recherche activement des commentaires et des connaissances pour mieux respecter les normes.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le mentoré ne répond pas de manière constante à cet indicateur.</li> <li>Il n'identifie pas de manière autonome les domaines à améliorer, et les efforts pour améliorer la conformité ont été inefficaces.</li> <li>Il y a un effort limité pour chercher des rétroactions ou des connaissances afin d'améliorer la conformité avec l'indicateur ou la norme.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune occasion d'observer le mentoré participer à ces tâches pendant la période d'évaluation.</li> </ul> |

| 1 – Pratiques de gestion<br><i>Les audiologistes et les orthophonistes gèrent leur pratique de façon responsable.</i>                                                                                                                                          | Auto-évaluation du mentoré                                                                                                                        | Évaluation du mentor                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Je réponds à la norme (RN)</li> <li>Améliorations nécessaires (AN)</li> <li>Non applicable (NA)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Répond à la norme (RN)</li> <li>Améliorations nécessaires (AN)</li> <li>Non applicable (NA)</li> </ul> |
| 1.1 Je m'assure que l'équipement, le matériel, les instruments et les dispositifs (y compris les outils cliniques, le matériel d'évaluation et de thérapie) dans l'exercice de ma profession est à jour, en bon état de fonctionnement et étalonnés au besoin. | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) :                    | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): (facultatif)      |

| <b>1 – Pratiques de gestion</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes gèrent leur pratique de façon responsable.</i>                                                                                                                                        | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2 Je conserve et diffuse des dossiers dans un délai raisonnable qui reflètent avec précision les services fournis.                                                               | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 1.3 Je suis responsable du personnel de soutien et des aides en santé de la communication qui accomplissent des interventions ou des services sous ma direction.                                                                                                    | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 1.4 Je suis les procédures et les pratiques de santé et de sécurité, en appliquant les précautions appropriées, la gestion des risques et les mesures de contrôle des infections.  | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 1.5 Mon jugement professionnel n'est pas influencé par des intérêts personnels ou financiers.                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 1.6 Je conserve des dossiers financiers pour les patients/clients qui reflètent fidèlement les services fournis.                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 1.7 Je ne demande une rémunération que pour des produits et services qui sont justifiables et équitables.                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>2 – Pratiques cliniques</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes possèdent, acquièrent continuellement et utilisent les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des services cliniques de qualité dans leur champ de pratique</i> | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.1 J'exerce dans le cadre de ma profession telle que définie par la législation de l'OAONB.                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.2 Je pratique dans les limites de ma compétence telle que déterminée par l'éducation, la formation et l'expérience professionnelle.                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.3 J'utilise des procédures d'intervention basées sur les connaissances actuelles, intégrant des pratiques fondées sur des preuves et des progrès technologiques.                                                                                              | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.4 J'utilise des procédures d'intervention qui tiennent compte des capacités de mes patients/clients.                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.5 J'utilise des méthodes d'intervention adaptées au vécu, au milieu et à l'identité uniques de mes patients/clients et des mandataires spéciaux.                                                                                                              | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.6 Je surveille, évalue et modifie mes procédures d'intervention en fonction des résultats du patient/client.                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>2 – Pratiques cliniques</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes possèdent, acquièrent continuellement et utilisent les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des services cliniques de qualité dans leur champ de pratique</i> | Auto-évaluation du mentoré                                                                                                     | Évaluation du mentor                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.7 J'utilise le raisonnement clinique à chaque phase de l'intervention.                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.8 Je ne fournis que les services qui sont bénéfiques pour mes patients/clients et je cesse les services lorsqu'ils ne sont plus bénéfiques.                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 2.9 Je développe et maintienne un réseau professionnel pour obtenir l'opinion des autres et leurs conseils au sujet de ma pratique clinique.                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>3 – Pratique centrée sur le patient/client</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes s'assurent que leurs patients sont traités avec respect et qu'ils reçoivent suffisamment d'information et de possibilités de prendre des décisions éclairées concernant l'intervention. Dans la prise de décisions cliniques, l'intérêt du patient doit être primordial.</i> | Auto-évaluation du mentoré                                                                                                     | Évaluation du mentor                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1 J'obtiens et je documente le consentement éclairé pour tous les plans d'intervention et d'action et tout changement significatif qui est apporté par la suite.                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 3.2 J'obtiens et je documente le consentement à la collecte, à l'utilisation, à la conservation et à la divulgation des renseignements personnels sur la santé, selon les exigences.                                                                                                      | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>3 – Pratique centrée sur le patient/client</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes s'assurent que leurs patients sont traités avec respect et qu'ils reçoivent suffisamment d'information et de possibilités de prendre des décisions éclairées concernant l'intervention. Dans la prise de décisions cliniques, l'intérêt du patient doit être primordial.</i> | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.3 Je consulte le patient/client ou son mandataire spécial au moment d'établir les plans d'intervention et d'action.</b>                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>3.4 Je fixe des buts d'intervention qui visent des résultats réalistes pour les patients/clients.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>3.5 Je fournis des soins équitables et inclusifs qui respectent la diversité, les valeurs, les cultures, les langues, les besoins et les objectifs de mes patients/clients, assurant ainsi un accès équitable aux services.</b>                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>3.6 Je respecte le droit perpétuel du patient/client et/ou du mandataire spécial de participer dans le plan de soins et sa décision de changer ou de refuser une intervention.</b>                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>3.7 J'informe pleinement mes patients/clients et/ou leur mandataire spécial de la nature du service et des risques et avantages potentiels de l'intervention.</b>                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>3.8 Je maintiens la confidentialité des patients / clients en tout temps.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>3 – Pratique centrée sur le patient/client</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes s'assurent que leurs patients sont traités avec respect et qu'ils reçoivent suffisamment d'information et de possibilités de prendre des décisions éclairées concernant l'intervention. Dans la prise de décisions cliniques, l'intérêt du patient doit être primordial.</i> | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3.9</b> J'accorde la priorité au bien-être et à l'autonomie des patients ou des clients, en respectant les principes de justice sociale, d'humilité culturelle et de sécurité culturelle.                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>4 – La communication</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes communiquent efficacement.</i>                                                                                                                                                    | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4.1</b> J'utilise un langage approprié à l'âge, aux capacités cognitives et à l'état émotionnel du patient ou du client, des familles et des soignants pour faciliter la compréhension et la participation.                                              | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>4.2</b> Je communique d'une manière respectueuse qui tient compte du vécu, du milieu et de l'identité uniques du patient/client et/ou des mandataires spéciaux.                                                                                          | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>4.3</b> Je communique avec respect et collaboration avec les patients/clients, les familles, les soignants, les collègues, les employés et les autres professionnels, en particulier dans les situations difficiles.                                     | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| <b>4.4</b> Je communique aux patients et aux clients de l'information qui est directement pertinente à leurs soins cliniques, en veillant à ce qu'elle soit transmise de façon professionnelle et qu'elle demeure dans les limites de la relation clinique. | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>4 – La communication</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes communiquent efficacement.</i>                                                                                                                             | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4.5 Je communique avec exactitude mes titres de compétences professionnels et mon champ d'exercice à mes patients/clients et à d'autres personnes.  | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 4.6 J'aborde efficacement les barrières linguistiques avec les patients/clients et/ou les subrogés en faisant appel à des traducteurs ou à des interprètes appropriés au besoin.                                                     | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>5 – Responsabilité professionnelle</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes sont responsables et se conforment aux lois, au code d'éthique et aux normes de pratique.</i>                                                                                                                                                                                                                          | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1 J'évite ou je gère tout conflit d'intérêts réel, perçu ou potentiel dans lequel mon intégrité professionnelle ou mes services pourraient être influencés ou compromis.                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 5.2 J'examine les documents d'application de la réglementation de l'OAONB pertinents à ma pratique actuelle, y compris la Loi, les règlements administratifs, les règles, le code de déontologie, les normes de pratique, les lignes directrices, les énoncés de position, les énoncés consultatifs, les communications par courriel et les bulletins réglementaires pour assurer la conformité réglementaire. | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 5.3 J'utilise les voies appropriées, en temps opportun, pour corriger les erreurs et/ou les questions préoccupantes qui peuvent avoir une incidence sur le bien-être des patients/clients et/ou d'autres fournisseurs de services.                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

| <b>5 – Responsabilité professionnelle</b><br><i>Les audiologistes et les orthophonistes sont responsables et se conforment aux lois, au code d'éthique et aux normes de pratique.</i>                           | <b>Auto-évaluation du mentoré</b>                                                                                              | <b>Évaluation du mentor</b>                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.4 Je maintiens des limites professionnelles appropriées en tout temps dans les relations avec les patients/clients et/ou les mandataires spéciaux.                                                            | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 5.5 Je maintiens la confiance du public et la réputation de la profession en fournissant des services intègres et en maintenant ses normes dans toutes les communications, la publicité et les réseaux sociaux. | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |
| 5.6 Je gère tous les problèmes de santé physique ou mentale dans lesquels ma compétence professionnelle, mon intégrité ou mes services pourraient être influencés ou compromis.                                 | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentoré (obligatoire) : | <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> AN <input type="checkbox"/> NA<br>Commentaires du mentor (facultatif): |

## Résumé des commentaires

**Commentaires du mentor sommatif (impressions générales) :**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Commentaires du mentoré (réponse aux commentaires du mentor) :**

|  |
|--|
|  |
|--|

| Mentor(s)                        |  | Mentoré                          |  |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Nom (en caractères d'imprimerie) |  | Nom (en caractères d'imprimerie) |  |
| Signature                        |  | Signature                        |  |
| Date                             |  | Date                             |  |
| Nom (mentor 2)                   |  |                                  |  |
| Signature                        |  |                                  |  |
| Date                             |  |                                  |  |

# Bilan de l'évaluation

Dans quelles compétences avez-vous indiqué des domaines d'amélioration ?

|                          |                                        |  |
|--------------------------|----------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Pratiques de gestion                   |  |
| <input type="checkbox"/> | Pratiques cliniques                    |  |
| <input type="checkbox"/> | Pratique centrée sur le patient/client |  |
| <input type="checkbox"/> | Communication                          |  |
| <input type="checkbox"/> | Responsabilité professionnelle         |  |