Fiche d’évaluation annuelle ou semestrielle

Poste Assistant(e) Dentaire



**Nom / Prénom : Date d’évaluation :**

**Évaluation réalisée par :**

## LES CRITÈRES D'ÉVALUATION

**Supérieur :** Dépasse les attentes dans certains aspects de la tâche. Démontre des compétences supérieures à ce qui est requis. S’investir plus que demandé dans les différents projets. À pris beaucoup d’initiatives. À une influence positive. A assumé des responsabilités additionnelles. Demande un minimum de supervision.

**Satisfaisant :** Correspond aux attentes. Démontre des compétences au niveau requis à son poste actuel. À une attitude positive. Accompli tous les aspects de son poste de travail.

**Perfectible :** Susceptible d’être amélioré. Ne rencontre pas certaines exigences de la tâche. Ne répond pas à toutes les attentes. N’a pas performé au niveau escompté. N’a pas progressé de manière satisfaisante. Ne s’est pas toujours senti ou n’a pas été impliqué dans la problématique du groupe.

**Insuffisant :** Ne répond pas aux attentes. Employé qui est encore en train de développer les compétences techniques et comportementales requises à son poste actuel. Employé qui est engagé depuis moins de 6 mois.

**S/O :** Sans objet : Non applicable. Facteur qui n’est pas lié à la tâche de l’employé.

**BILAN ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE**

(cf. Fiche de poste)

**Accueil**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé des Missions / Responsabilités | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Accueil** **des patients****\*Téléphonique****\*Physique** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Gestion**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé des Missions / Responsabilités | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Maitrise de l’Agenda** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Création et suivi des** **dossiers** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestion des Stocks** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé des Missions / Responsabilités | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Comptabilité** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Administration** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Missions spéciales** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Aide Opératoire**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé des Missions / Responsabilités | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Assister aux travaux de prothèses et d’ortho** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imagerie médicale** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Intitulé des Missions / Responsabilités | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Savoir réagir en cas d’urgence** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Travailler à** **4 mains** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestion du risque infectieux** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Éducation à la santé bucco-dentaire** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prévention des risques au travail** |  |  |  |  |  |  |

Commentaires : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ÉVALUATION COMPÉTENCE ET SAVOIR ÊTRE**

**Assiduité**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Ponctualité** |  |  |  |  |  |
| **Absence** |  |  |  |  |  |

Commentaires : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Comportement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Relation avec la hiérarchie** *Tenir compte des conseils et collaborer.* |  |  |  |  |  |
| **Esprit d'équipe***Être prête à aider ses collègues.* |  |  |  |  |  |
| **Disponibilité- Flexibilité** *Tenir compte des impératifs, de l’équipe.* |  |  |  |  |  |

**Maîtrise du poste**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| **Méthodes et organisation**Optimiser son travail, gérer ses priorités avec soin. |  |  |  |  |  |
| **Adaptabilité et capacité à résoudre les problèmes** |  |  |  |  |  |
| **Respect des délais impartis** |  |  |  |  |  |
| **Anticipation**Optimiser son travail ; gérer ses priorités avec soin. |  |  |  |  |  |
| **Esprit d’initiative**Prendre régulièrement des initiatives et nous en informer. |  |  |  |  |  |
| **Réduction des coûts**Prendre des initiatives de réduction des coûts (temps, moyen, argent). |  |  |  |  |  |

**Quantité du travail et autonomie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | S/O | Insuffisant | Perfectible | Satisfaisant | Supérieur |
| ***Respect des procédures et mode opératoire*** |  |  |  |  |  |
| ***Qualité des travaux réalisés*** Intégrer la qualité comme une constante dans le travail et s'autocontrôler**.** |  |  |  |  |  |
| ***Autonomie****Être autonome et régulier(e) sur le poste.* |  |  |  |  |  |

**LES OBJECTIFS POUR L’ANNÉE PROCHAINE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objectifs**  | **Mesures et moyens à mettre en œuvre** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**Le projet professionnel et les besoins en formation**

***Le projet professionnel***

|  |
| --- |
| Évolution souhaitée par l’employé(e) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***Les besoins en formation***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Points d’amélioration** | **Mesures et moyens à mettre en œuvre** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

|  |
| --- |
| Commentaires : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**CONCLUSION GÉNÉRALE**

|  |
| --- |
| Commentaires de l’évaluateur : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Commentaires de l’évalué(e) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Date :  | Date :  |
| Signature de l’assistant(e)M/Mme xxxxxxxxxxxxxxx |  Signature du Dr M/Mme xxxxxxxxx |
|  |  |
|  |  |