



# PRATIQUE RÉFLEXIVE PERSONNELLE

## LES RÉPERCUSSIONS SUR MA PRATIQUE – Révision

(à remplir après avoir fait la révision du module - plusieurs mois plus tard)

Nom: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Jour / mois / année

Titre du module: \_\_\_\_\_

Veillez indiquer tous les choix de changement à la pratique qui s'appliquent:

|   |   |
|---|---|
| <p><b>A. J'ai <u>fait</u> le(s) changements(s) planifié(s) suivant(s) dans ma pratique:</b></p> <p style="text-align: right;">—</p> | <p><b>Qu'est-ce qui m'a aidé à faire ces changements dans ma pratique?</b></p>        |
| <p><b>B. Je n'ai <u>pas pu</u> faire les changements planifiés suivants:</b></p> <p style="text-align: right;">—</p>                | <p><b>Quels sont les obstacles qui m'ont empêché(e) de faire ces changements?</b></p> |
| <p><b>C. J'ai <u>fait</u> les changements suivants que je <u>n'avais pas planifiés</u> au départ:</b></p>                           |   |
| <p><b>D. Je planifie maintenant de faire les changements suivants dans ma pratique:</b></p>   |   |

Veillez conserver une copie de cette réflexion pour revoir vos énoncés de changement dans quelques mois. Immédiatement après votre session, vous pouvez, au choix, (1) télécopier à (905) 540-4988 ou (2) en faire une copie et l'expédier par la poste dans l'enveloppe fournie au bureau de la Fondation pour l'éducation médicale continue.

L'information fournie dans cet outil de pratique réflexive sera traitée de façon confidentielle et intégrée uniquement dans des résumés destinés à la recherche ou à l'amélioration des programmes d'apprentissage fondé sur la pratique. Pour plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter le: [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)