

**Fiche d’évaluation HU (à remplir en Word)**

MINISTERE DE L’EDUCATION NATIONALE, DE L’ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

ANNEE : 20

**RAPPORT HU**

Nom Patronymique : N° dossier :

Prénom : Grade :

Nom marital Section : 49

Etablissement : Sous-Section : 02

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Situation professionnelle actuelle (poste actuellement occupé) et date de l’entrée en fonction :Service : Nom du chef de service :Emploi postulé (PHU, MCU, PU) :Date de naissance : Age :Université des études médicales du premier et deuxième cycle :ECN, année et rang :Internat, date de début et date de fin:Année recherche : ⬜ non ⬜ oui, dateStage(s) inter-CHU : ⬜ non ⬜ oui, date(s)DES de neurochirurgie, date:Thèse de médecine, date et Université :Parcours hospitalier post-internat :DU ou DIU (date, Université, titre) :DU ou DIU de pédagogie :  ⬜ non ⬜ oui, dateMaster 2 (date, Université, titre et unité de recherche):Thèse de sciences (date, Université, titre et unité de recherche):Mobilité (date(s) de début et de fin, lieu(x), Nom du responsable de la structure d’accueil) :HDR (date, Université) :**ACTIVITE DE SOINS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Année n-3 | Année n-2 | Année n-1 |
| Nombre de consultations |  |  |  |
| Nombre de gardes et astreintes |  |  |  |
| Nombre d’intervention (en premier opérateur) |  |  |  |

Participation RCPs (Intitulé, fréquence et périmètre (établissement, régional, national)) :Responsable RCPs (Intitulé, fréquence et périmètre (établissement, régional, national)) :Autre responsabilités ou activités remarquables de soins au sein du service :**ACTIVITES PEDAGOGIQUES**Premier cycle et deuxième cycleTroisième cycle :Professions paramédicales :Ateliers SFNC :Cours ou ateliers nationaux et internationaux :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre d’étudiants encadrés** | Année n-3 | Année n-2 | Année n-1 |
| Mémoire de DES |  |  |  |
| Thèse de médecine |  |  |  |
| Master 1 |  |  |  |
| Master 2 |  |  |  |
| Thèse de sciences |  |  |  |

Activités pédagogiques originales et/ou particulière que le candidat a créé et/ou dont il est responsable :Score SIAPS : **ACTIVITES COLLECTIVES ET D’INTERET GENERAL**Intitulé, date de début et de fin**ACTIVITES DE RECHERCHE**Appartenance à une unité de recherche (nom, responsable) :Thèmes principaux de recherche :

|  |
| --- |
| **Projets de recherche obtenus en tant qu’investigateur principal** |
| Intitulé | Année d’obtention | Type (PHRC, ANR…) | Montant |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Participation à des projets de recherche en tant qu’investigateur associé** |
| Intitulé | Année de début | Type (PHRC, ANR…) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Synthèse articles originaux publiés** |
|  |  | Premier auteur | Deuxième auteur | Dernier auteur | Autre position |
| Nombre |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Score SIGAPS : INDEX H**AVIS DU RAPPORTEUR :**Date :Nom du rapporteur : Signature : |