|  |
| --- |
| Contrôle de compétences pour le CI 3, assistante dentaire, assistant dentaire CFC |
| Date du CI 3 |  |
| Nom de la personne en formation |  |
| Cabinet dentaire |  |
| Personne responsable du CI |  |

Exigences formelles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Rempli** | **Non rempli** | **Remarques** |
| **Devoirs / travaux préparatoires** |  |  |  |
| * Attestation – Visite de laboratoires
 |  |  |  |
| * Attestation – Mesures de prophylaxie
 |  |  |  |
| * Attestation – Visite d’un cabinet d’orthodontie
 |  |  |  |
| * Attestation – Administration
 |  |  |  |
| * Le contrôle de compétences CI 2 a été visé par toutes les parties et archivé dans le dossier de formation (classeur)
 |  |  |  |
| **Cours suivi dans son intégralité** |  |  |  |
| * Jour 1
 |  |  |  |
| * Jour 2
 |  |  |  |
| * Jour 3
 |  |  |  |
| **Hygiène personnelle** |  |  |  |
| * Tenue de travail (y c. chaussures)
 |  |  |  |
| * Cheveux attachés
 |  |  |  |
| * Ongles courts
 |  |  |  |
| **Dossier de formation selon l’art. 12 Orfo** |  |  |  |
| * Le nombre de rapports d’apprentissage demandé a été établi
 |  |  |  |
| * Les exigences ont été respectées
 |  |  |  |
| * Tous les rapports d’apprentissage ont été visés
 |  |  |  |
| * Les rapports de formation selon l’art. 13 Orfo demandés sont existants
 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Règles de la bienséance** | **** | **** | **** | **Remarques** |
| * Ponctualité
 |  |  |  |  |
| * Comportement envers la direction du cours
 |  |  |  |  |
| * Comportement envers les autres personnes en formation
 |  |  |  |  |

Évaluation des compétences opérationnelles

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Exécute les tâches suivantes conformément à son niveau de formation** | **** | **** | **** | **Remarques** |
| * Réaliser une radiographie en observant toutes les mesures de radioprotection(OE d.1.1 à d.1.7)
 |  |  |  |  |
| * Exécuter le cycle de retraitement des instruments (OE c.1.2, c.3.1 à c.3.7) et les mesures d’hygiène correspondantes entre deux patients(OE c.2.1 à c.2.6)
 |  |  |  |  |
| * Appliquer les mesures de protection passives et actives(OE c.1.1)
 |  |  |  |  |
| * Exécuter des tâches administratives(OE g.3.1, g.3.2 et g.4.1)
 |  |  |  |  |

CI achevé le :

Date / Visa de la direction du CI

Date / Visa de la personne en formation

Date / Visa du formateur

**Veuillez archiver ce contrôle de compétences au chapitre 5 du dossier de formation (classeur). Merci.**