

**Annexe : Fiche Bilan**  
**Action 12 du plan May'Aînés**

**Soutien au déploiement des infirmiers  
en pratique avancée (IPA) en Mayenne**

Cette évaluation est à transmettre à l'issue de la formation auprès des services du Conseil départemental de la Mayenne.

**Nom :**  
**Prénom :**  
**Tél :**  
**Mail :**

**Evaluation de l'impact de l'aide financière :**

A quelle fin avez-vous utilisé l'aide versée par le Département :

Si vous n'aviez pas bénéficié de cette aide financière, auriez-vous réalisé cette formation ?

Oui       Non

**Formation :**

Pourriez-vous nous indiquer ce que vous a apporté la formation d'IPA?

Avez-vous identifié des points à améliorer durant la formation ?

Quels sont les stages que vous avez effectués pendant la formation (lieu d'exercice) ?

**Les modalités de l'exercice actuel :**

Votre projet professionnel à l'issue de la formation est-il identique qu'au démarrage de la formation ?

Oui       Non

Si non, pourquoi ?

Comment définiriez-vous votre pratique aujourd'hui (les différences avec un poste d'IDE) ?

**Communication :**

Acceptez-vous d'être recontacté(e) en vue de promouvoir et de donner retours et avis sur la formation d'infirmier en pratique avancée ainsi que sur les modalités de l'exercice actuel ?

Oui       Non