CCO b: Dispensazione di medicamenti, articoli sanitari e medicali prescritti

CO e1: Registrare le informazioni relative alla clientela e gestire i dossier dei singoli pazienti

CO e2: Gestire i crediti derivanti dalla vendita di medicamenti, prodotti e servizi

**Situazione cliente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome / Nome / Numero** | **Data / Inizio / Fine** |
| **.....................................................................................................................** | **.....................................................................................................................** |

**Informazioni sullo svolgimento**

Il gioco di ruolo è una nuova situazione di consulenza, vale a dire che nessuna informazione proveniente da altri compiti e da altre posizioni è rilevante per la soluzione.

Il colloquio dura **circa 20 minuti** e contiene i seguenti punti (totale 2 colloqui posizione 2; 45 minuti):

In precedenza: chiarimento dei ruoli esperti (chi assume quale ruolo)

Identificazione, verifica della prescrizione, amministrazione (CM)

GWP / Completare dossier

Gestione della prescrizione

Risoluzione indipendente dei problemi

Convalida del/della farmacista

Impiego corretto con spiegazione della durata della terapia

Almeno 1 integratore terapeutico (prodotto, consigli)

almeno 1 proposta di prevenzione

Conclusione della vendita, modalità di pagamento, offerta di assistenza successiva / post-vendita

**Documenti / materiali necessari**

Prescrizione preparata

**Medico**

Data:

Signora / Signore

Cognome, Nome

Data di nascita

Indirizzo

Rp

**Qui si trova una firma valida e un timbro del medico**

**Informazioni sul gioco di ruolo**

|  | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / *aspettative* | Commenti/osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Introduzione |  |  |  |
| **Identificazione** | Identificazione (per chi?) e registrazione del/della cliente | ☐ |  |  |
| Modalità di fatturazione chiarite | ☐ |  |  |
| Validità controllata | ☐ |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **GWP/Dossier** | Indicazione | ☐ |  |  |
| Già preso, utilizzato? /utilizzo conosciuto? | ☐ |  |  |
| Allergia | ☐ |  |  |
| Situazioni di rischio | ☐ |  |  |
| Durata | ☐ |  |  |
| Altri medicamenti (OTC; RX) | ☐ |  |  |
| Altre malattie e terapie | ☐ |  |  |

|  | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / *aspettative* | Commenti/osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestione della ricetta** | Registrazione del prodotto | ☐ |  |  |
| Galenici | ☐ |  |  |
| Offerta generici | ☐ |  |  |
| Richiedere le informazioni mancanti | ☐ |  |  |
| Convalidare il dosaggio | ☐ |  |  |
| Dimensione della confezione | ☐ |  |  |
| Articoli sostitutivi / ordine dei medicamenti mancanti | ☐ |  |  |
| **Risoluzione** | Risoluzione indipendente dei problemi | ☐ |  |  |
| **Convalida** | Convalida con il/la farmacista | ☐ |  |  |

|  | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / *aspettative* | Commenti/osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Impiego** | Dosaggio | ☐ |  |  |
| Impiego | ☐ |  |  |
| Instruzioni | ☐ |  |  |
| **Therapieergänzung** | Integratore/supplemento terapeutico adatto (almeno 1), ad es. | ☐ |  |  |
| Informazioni necessarie sull’integratore/supplemento terapeutico | ☐ |  |  |
| Giustificazione per l’integratore / il supplemento terapeutico | ☐ |  |  |
| **Misure di prevenzione** | Misura terapeutica adatta (almeno 1), ad es. | ☐ |  |  |
| **Conclusione** | Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite | ☐ |  |  |
| Offerta di assistenza successiva / post-vendita / riferimento a siti web utili | ☐ |  |  |
| Conclusione della vendita | ☐ |  |  |