DCO b: Remise des médicaments et des articles d’hygiène et de soins sur prescription médicale

CO e1: Recueillir les données des clients et assurer le suivi de leur dossier

CO e2: Gérer les créances liées à la vente de médicaments, de produits et de prestations

**Situation avec la clientèle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom/prénom/numéro** | **Date/début/fin** |
| **.....................................................................................................................** | **.....................................................................................................................** |

**Informations sur le déroulement de l’examen**

Le jeu de rôles est une nouvelle situation de conseil. Autrement dit, aucune information découlant d’autres énoncés ni d’autres points d’appréciation n’est pertinente pour la solution.

L’entretien dure **environ 20 minutes** et contient les points suivants (en tout, deux entretiens point d’appréciation 2; 45 minutes):

Au préalable: clarification des rôles des EXP (qui joue quel rôle)

Identification, vérification de l’ordonnance, administration (AM)

GWP/compléter dossier

Administration des ordonnances

Prise en charge autonome du problème

Validation du/de la pharmacien·ne,

Utilisation correcte expliquée avec durée de traitement

☐​ Au moins 1 traitement complémentaire (produit, conseils)

☐ ​Au moins 1 proposition de prévention  
 Conclusion de la vente, modalités de paiement, offre de suivi

**Matériel/documents nécessaires**

Ordonnance préparée

medecin

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date:

Formule d’appel

Nom, prénom

Date de naissance

Adresse

Rp.

**On trouve ici une signature valable et un cachet de la ou du médecin**

**Informations sur le jeu de rôles**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Question du/de la candidat·e | Oui | Réponses de l’EXP/*attentes* | Commentaires |
|  | Introduction |  |  |  |
| **Identification** | Identification et saisie du/de la client·e | ☐ |  |  |
| Modalités de facturation clarifiées | ☐ |  |  |
| Validité de l’ordonnance vérifiée | ☐ |  |  |
| **GWP/dossier** | Indication | ☐ |  |  |
| Modalités de prise connues | ☐ |  |  |
| Allergie | ☐ |  |  |
| Situation à risque | ☐ |  |  |
| Durée | ☐ |  |  |
| Autres médicaments (OTC; RX) | ☐ |  |  |
| Autres maladies et traitements | ☐ |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Question du/de la candidat·e | Oui | Réponses de l’EXP/a*ttentes* | Commentaires |
| **Administration des ordonnances** | Saisie du produit | ☐ |  |  |
| Forme galénique | ☐ |  |  |
| Offre de génériques | ☐ |  |  |
| Se procurer les informations manquantes | ☐ |  |  |
| Valider le dosage | ☐ |  |  |
| Taille de l’emballage | ☐ |  |  |
| Article de remplacement/commande en cas de médicament manquant | ☐ |  |  |
| **Prise en charge du problème** | Prise en charge autonome du problème | ☐ |  |  |
| **Validation** | Validation avec le/la pharmacien·ne | ☐ |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Question du/de la candidat·e | Oui | Réponses de l’EXP/*attentes* | Commentaires |
| **Utilisation** | Posologie | ☐ |  |  |
| Utilisation | ☐ |  |  |
| Instruction | ☐ |  |  |
| **Traitements complémentaires** | Traitements complémentaires adéquats (au moins 1), p. ex. | ☐ |  |  |
| Informations sur les traitements complémentaires | ☐ |  |  |
| Justification des traitements complémentaires | ☐ |  |  |
| **Mesures de prévention** | Mesures de prévention adéquates (au moins 1), p. ex. | ☐ |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Question du/de la candidat·e | Oui | Réponses de l’EXP/*attentes* | Commentaires |
| **Conclusion** | Autres besoins/questions ouvertes clarifiées | ☐ |  |  |
| Offre de suivi | ☐ |  |  |
| Conclusion | ☐ |  |  |