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 et d’autres points d’appréciation n’est pertinente pour la solution.

L’entretien dure **environ 25 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

☐​ 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**

|  | Questions candidat·e | Oui | Réponses expert-e / *attentes* | Remarques |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Introduction |  |  |  |
| **Identification** | Identification et saisie du/de la client·e | ☐ |  |  |
| Modalités de facturation clarifiées | ☐ |  |  |
| Validité de l’ordonnance vérifiée | ☐ |  |  |
| **GWP/dossier** | Indication | ☐ |  |  |
| Proposer différents modèles/types de matériel | ☐ |  |  |
| Montrer le matériel de démonstration | ☐ |  |  |
| Allergies (p. ex. matériel) | ☐ |  |  |
| Déterminer la taille | ☐ |  |  |
| Article de remplacement/commande en cas d’article manquant | ☐ |  |  |
| **Administration des ordonnances** | Mode de facturation | ☐ |  |  |
| Saisie du produit | ☐ |  |  |
| Prestations à fournir | ☐ |  |  |
| **Prise en charge du problème** | Prise en charge autonome du problème | ☐ |  |  |
| **Validation** | Validation avec le/la pharmacien·ne | ☐ |  |  |
| **Utilisation** | Utilisation | ☐ |  |  |
| Instruction | ☐ |  |  |
| Soins | ☐ |  |  |
| **Traitements complémentaires** | Traitements complémentaires adéquats (au moins 1), p. ex. | ☐ |  |  |
| Informations sur le complément thérapeutique | ☐ |  |  |
| Justification du traitement complémentaire | ☐ |  |  |
| **Mesures de prévention** | Mesures de prévention adéquates (au moins 1), p. ex. | ☐ |  |  |
| **Conclusion** | Autres besoins/questions ouvertes clarifiées | ☐ |  |  |
| Offre de suivi | ☐ |  |  |
| Conclusion de l’activité de vente | ☐ |  |  |