

Candidata / Candidato		Esperta 1 / Esperto 1		Esperta 2 / Esperto 2	
Nome:		Nome:		Nome:	
Cognome:		Cognome:		Cognome:	
Numero:		Firma:		Firma:	
Data dell'esame:					

<input type="checkbox"/> Controllo dell'identità della candidata / del candidato	<input type="checkbox"/> Protezione dei dati e dichiarazione di consenso candidata/candidato
<input type="checkbox"/> Stato di salute della candidata / del candidato	<input type="checkbox"/> Protezione dei dati e dichiarazione di consenso per la persona su cui viene effettuata il servizio / la misurazione

**Posizione 1: compito C**

**Tema/situazione:**

Criteri e indicatori		Giustificazione		Punti ottenuti	Con Ponderazione
<b>Accoglienza/GWP (a1.1)</b>					
<b>Aspetti da valutare</b>					
<input type="checkbox"/> Accoglienza/Benvenuto	<input type="checkbox"/> Altri medicinali / cosa è già stato fatto				
<input type="checkbox"/> Questione/motivo	<input type="checkbox"/> Situazioni di rischio				
<input type="checkbox"/> Identificazione					
4 - 5 aspetti realizzati	3				
2-3 aspetti realizzati	2				1
1 aspetto realizzato	1				
Nessun aspetto realizzato	0				

Chiarimenti sui disturbi / LINDAAFF (a1.3)			
Aspetti da valutare			
<input type="checkbox"/> Localizzazione	<input type="checkbox"/> Durata	<input type="checkbox"/> Fattori aggravanti	
<input type="checkbox"/> Intensità / scala del dolore	<input type="checkbox"/> Altri sintomi	<input type="checkbox"/> Fattori di miglioramento	
<input type="checkbox"/> Natura e tipo di disturbo	<input type="checkbox"/> Altre malattie e terapie		
7 - 8 aspetti realizzati	3		1
5 - 6 aspetti realizzati	2		
3 - 4 aspetti realizzati	1		
meno di 3 aspetti realizzati	0		

Delimitazione delle competenze / triage (a1.4, a3.2)			
Aspetti da valutare			
	<del>3</del>		<del>1</del>
	<del>2</del>		
Corretta delimitazione delle competenze (farmacista consultato se assolutamente necessario / farmacista non consultato se può essere completato autonomamente)	<del>1</del>		
Delimitazione delle competenze non corretta (farmacista non consultato se assolutamente necessario / farmacista consultato se può essere completato autonomamente)	<del>0</del>		

Operazione di vendita inclusa l'obiezione (a2.1, a2.2, a2.8, a3.1,a3.3, a3.4, a3.6)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Selezione di prodotti adatti	<input type="checkbox"/> Galenici adatti			
<input type="checkbox"/> Argomentazione/benefici per il/la cliente	<input type="checkbox"/> Suggerimento per la terapia			
<input type="checkbox"/> Vantaggi e svantaggi				
Tutti i 5 aspetti realizzati	3			2
4 aspetti realizzati	2			
3 aspetti realizzati	1			
meno di 3 aspetti realizzati	0			

Terapia (a3.3, a3.4)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Avvincente/obbligatorio: impiego; come	<input type="checkbox"/> Quanto tempo	<input type="checkbox"/> Etichetta della posologia		
<input type="checkbox"/> Avvincente/obbligatorio: quanto spesso	<input type="checkbox"/> Possibile indicazione di eventuali effetti collaterali			
4 - 5 aspetti realizzati (compresi gli aspetti obbligatori)	3			1
2 - 3 aspetti realizzati (compresi gli aspetti obbligatori)	2			
1 aspetto soddisfatto (senza aspetti obbligatori)	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

<b>Integratore terapeutico (a3.5)</b>				
<b>Aspetti da valutare</b>				
<input type="checkbox"/> Integratore/supplemento terapeutico adatto	<input type="checkbox"/> Informazioni necessarie sull'integratore/supplemento terapeutico	<input type="checkbox"/> Giustificazione per l'integratore / il supplemento terapeutico		
<input type="checkbox"/> Senza richiesta da parte della esperta / del esperto				
Tutti i aspetti realizzati	3			
3 aspetti realizzati	2			1
1 - 2 aspetti realizzati	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

<b>Misure di prevenzione (a2.8)</b>				
<b>Aspetti da valutare</b>				
	<del>3</del>			
	<del>2</del>			1
Misure di prevenzione adatte proposte	1			
Misure di prevenzione assenti o inadeguate	0			

Conclusione (a1.4, a1.6, a3.7)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite	<input type="checkbox"/> Offerta di assistenza successiva / post-vendita	<input type="checkbox"/> Conclusione della vendita		
Tutti i 3 aspetti realizzate	3			1
2 aspetti realizzate	2			
1 aspetto realizzato	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

Guida della/del cliente (a1.1 a1.5, a1.6, a3.7, a4.3, a4.4, a4.5)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Empatia / capacità di reagire ai clienti	<input type="checkbox"/> Tecnica delle domande			
<input type="checkbox"/> Informazioni sulle fasi di lavoro	<input type="checkbox"/> Reazione all'obiezione/ reclamo			
Tutti i 4 aspetti realizzati	3			1
2 - 3 aspetti realizzati	2			
1 aspetto realizzato	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

Benefici per la/il cliente (a3.7)		
	8	
	8	
Esigenze del cliente soddisfatte	1	
Esigenze del cliente non soddisfatte	0	
		1

<b>Max. punti</b>	26	<b>Totale</b>	
-------------------	----	---------------	--