

| 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 2: compito A**

Tema/situazione:

| Criteria e indicatori  | Giustificazione  |   | Punti ottenuti | Con Ponderazione |
|--|--|---|----------------|------------------|
| <b>Identificazione (b1.1, b1.2, b1.11, b2.1)</b>                           |  |   |                |                  |
| <b>Aspetti da valutare</b>   |  |   |                |                  |
| <input type="checkbox"/> Identificazione e registrazione del/della cliente | <input type="checkbox"/> Modalità di fatturazione chiarite | <input type="checkbox"/> Validità controllata |                |                  |
| Tutti i 3 aspetti realizzati   | 3  |   |                |                  |
| 2 aspetti realizzati   | 2  |   |                | 1                |
| 1 aspetto realizzato   | 1  |   |                |                  |
| Nessun aspetto realizzato  | 0  |   |                |                  |

| GWP/Dossier (b1.4, e1.1, e1.3)   |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| Aspetti da valutare  |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Indicazione                                   | <input type="checkbox"/> Situazioni di rischio      | <input type="checkbox"/> Altre malattie e terapie |  |   |
| <input type="checkbox"/> Già preso, utilizzato? / utilizzo conosciuto? | <input type="checkbox"/> Durata                     |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Allergie                                      | <input type="checkbox"/> Altri medicinali (OTC; RX) |   |  |   |
| 6 - 7 aspetti realizzati   | 3   |   |  | 2 |
| 4 - 5 aspetti realizzati   | 2   |   |  |   |
| 2 - 3 aspetti realizzati   | 1   |   |  |   |
| 0 - 1 aspetti realizzati   | 0   |   |  |   |

| Gestione della ricetta (b1.4, b1.5, b1.6, b1.7, b2.1, b2.2, b2.5) |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| Aspetti da valutare   |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Registrazione del prodotto               | <input type="checkbox"/> Richiedere le informazioni mancanti | <input type="checkbox"/> Articoli sostitutivi / ordine dei medicinali mancanti |  |   |
| <input type="checkbox"/> Galenici                                 | <input type="checkbox"/> Convalidare il dosaggio             |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Offerta generici                         | <input type="checkbox"/> Dimensione della confezione         |  |  |   |
| 6 - 7 aspetti realizzati  | 3  |  |  | 2 |
| 4 - 5 aspetti realizzati  | 2  |  |  |   |
| 2 - 3 aspetti realizzati  | 1  |  |  |   |
| 0 - 1 aspetti realizzati  | 0  |  |  |   |

| <b>Risoluzione indipendente dei problemi (b1.5)</b>   |              |  |   |
|---|--------------|--|---|
| <b>Aspetti da valutare</b>  |              |  |   |
| Ha proposto alla/al farmacista una soluzione adeguata al problema; ha delineato correttamente le competenze con la/il farmacista. | 3            |  | 1 |
|   | <del>2</del> |  |   |
|   | <del>1</del> |  |   |
| Non è stata sviluppata alcuna soluzione proposta; la delimitazione delle competenze non è stata presa in considerazione.          | 0            |  |   |

| <b>Convalida con il/la farmacista (b1.8)</b>                              |              |  |   |
|---|--------------|--|---|
| <b>Aspetti da valutare</b>  |              |  |   |
| Convalida della prescrizione effettuata con la/il farmacista              | 3            |  | 1 |
|   | <del>2</del> |  |   |
|   | <del>1</del> |  |   |
| Non è stata effettuata la convalida della prescrizione con il farmacista. | 0            |  |   |

| Impiego con durata della terapia (b1.9, b1.10, b2.3, b2.4) |                                  |                                     |  |   |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| Aspetti da valutare  |                                  |                                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> Dosaggio                          | <input type="checkbox"/> Impiego | <input type="checkbox"/> Istruzioni |  |   |
| Tutti i 3 aspetti realizzati                               | 3                                |                                     |  | 2 |
| 2 aspetti realizzati                                       | 2                                |                                     |  |   |
| 1 aspetto realizzato                                       | 1                                |                                     |  |   |
| Nessun aspetto realizzato                                  | 0                                |                                     |  |   |

| Integratore terapeutico (b1.9)   |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| Aspetti da valutare  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Integratore/supplemento terapeutico adatto<br><input type="checkbox"/> Senza richiesta da parte della esperta / del esperto | <input type="checkbox"/> Informazioni necessarie<br>sull'integratore/supplemento terapeutico | <input type="checkbox"/> Giustificazione per l'integratore / il supplemento<br>terapeutico |  |   |
| Tutti i 4 aspetti realizzati   | 3  |  |  | 1 |
| 3 aspetti realizzati   | 2  |  |  |   |
| 1 - 2 aspetti realizzati   | 1  |  |  |   |
| Nessun aspetto realizzato  | 0  |  |  |   |

| Misure di prevenzione (a2.8)               |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Aspetti da valutare                        |  |   |  |   |
|  |  | 3 |  | 1 |
|  |  | 2 |  |   |
| 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 realizzati  |  |  | 3 | 1 |
| 2 aspetti realizzati  |  |  | 2 |   |
| 1 aspetto realizzato  |  |  | 1 |   |
| Nessun aspetto realizzato   |  |  | 0 |   |

|                   |    |               |  |
|-------------------|----|---------------|--|
| <b>Max. punti</b> | 34 | <b>Totale</b> |  |
|-------------------|----|---------------|--|