

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 B

Tema/situazione:

Criteria e indicatori	Giustificazione	Punti ottenuti	Con Ponderazione
Identificazione (b3.1, b1.2, b1.11, b2.1)			
Aspetti da valutare			
<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 (b3.2, b3.3)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Indicazione	<input type="checkbox"/> Allergie			
<input type="checkbox"/> Offerta di vari materiali / modelli	<input type="checkbox"/> Definire la taglia			
<input type="checkbox"/> Mostrare il materiale dimostrativo	<input type="checkbox"/> Articolo sostitutivo / ordine per articolo mancante			
5 - 6 aspetti realizzati	3			
3 - 4 aspetti realizzati	2			2
2 aspetti realizzati	1			
0 - 1 aspetti realizzati	0			

Amministrazione (b3.4, b3.6)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Modalità di fatturazione	<input type="checkbox"/> Registrazione del prodotto (compresi gli accessori)	<input type="checkbox"/> Obbligo di prestazione		
Tutti i 3 aspetti realizzati	3			
2 aspetti realizzati	2			2
1 aspetto realizzato	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

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

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



Impiego (b3.5)				
Aspetti da valutare				
<input type="checkbox"/> Impiego	<input type="checkbox"/> Istruzioni	<input type="checkbox"/> Cura		
Tutti i 3 aspetti realizzati	3			
2 aspetti realizzati	2			2
1 aspetto realizzato	1			
Nessun aspetto realizzato	0			

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

Misure di prevenzione (a2.8)			
Aspetti da valutare			
	8		1
	8		
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		

Max. punti	34	Totale	
-------------------	----	---------------	--