

| Candidate / Candidat | Experte 1 / Expert 1 | Experte 2 / Expert 2 |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Prénom: | Prénom: | Prénom: |
| Nom: | Nom: | Nom: |
| Numéro: | Signature: | Signature: |
| Date de l'examen: | | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôle d'identité du candidat de la candidate | <input type="checkbox"/> Déclaration de confidentialité et de consentement du candidat / de la candidate |
| <input type="checkbox"/> Apte à passer l'examen | <input type="checkbox"/> Déclaration de confidentialité et de consentement de la personne volontaire |

Point d'appréciation 3: exercice A Glycémie & HbA1c

Thème/situation :

| Critère et indicateurs | Justification | points | |
|--|--|--|------------------|
| | | obtenu | avec pondération |
| Identification (c1.1, c1.2, c1.3, c1.4) | | | |
| Aspects à évaluer | | | |
| <input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Demande, motif <input type="checkbox"/> Anamnèse familiale | <input type="checkbox"/> État actuel <input type="checkbox"/> Symptômes <input type="checkbox"/> Situations à risque | <input type="checkbox"/> Autres médicaments <input type="checkbox"/> Autres maladies et traitements | |
| 7 - 8 aspects sont remplis | 3 | | |
| 5 - 6 aspects remplis | 2 | | 2 |
| 3 - 4 aspects remplis | 1 | | |
| Moins de 3 aspects remplis | 0 | | |

| Information & consentement (c2.1) | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Aspects à évaluer | | | | |
| <input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la prestation | <input type="checkbox"/> Coût de la prestation | <input type="checkbox"/> Obligatoire: accord éclairé | | |
| Tous les 3 aspects sont remplis | 3 | | | 2 |
| 2 aspects sont remplis (y inclus accord éclairé) | 2 | | | |
| 1 aspect est rempli (y inclus accord éclairé) | 1 | | | |
| Aucun aspect rempli | 0 | | | |

| Préparation (c2.3, c2.9) | | | | |
|---|--|---|--|---|
| Aspects à évaluer | | | | |
| <input type="checkbox"/> Désinfection / surface de travail propre | <input type="checkbox"/> Préparation des outils de travail | <input type="checkbox"/> Demande des valeurs habituelles (si connues) | | |
| <input type="checkbox"/> Hygiène personnelle (entre autres gants) | <input type="checkbox"/> Choix et préparation du doigt | | | |
| Tous les 5 aspects sont remplis | 3 | | | 1 |
| 3 - 4 aspects sont remplis | 2 | | | |
| 1 - 2 aspects sont remplis | 1 | | | |
| Aucun aspect rempli | 0 | | | |

| Réalisation & documentation (c2.4, c2.7) | | | | |
|--|--|--|--|---|
| Aspects à évaluer | | | | |
| <input type="checkbox"/> Utilisation correcte de l'autopiqueur | <input type="checkbox"/> Soin de la plaie | | | |
| <input type="checkbox"/> Prélèvement et transfert du sang | <input type="checkbox"/> Documentation des valeurs | | | |
| Tous les 4 aspects sont remplis | 3 | | | |
| 3 aspect sont remplis | 2 | | | 2 |
| 1 - 2 aspects sont remplis | 1 | | | |
| Aucun aspect rempli | 0 | | | |

| Interprétation des résultats & discussion avec la pharmacienne / le pharmacien (délimitation des compétences) (c2.7) | | | | |
|--|--------------|--|--|---|
| Aspects à évaluer | | | | |
| <input type="checkbox"/> Interprétation correcte des valeurs | | | | |
| Validation / interprétation correcte | 3 | | | |
| | 2 | | | 1 |
| | 1 | | | |
| Pas de validation / interprétation fausse | 0 | | | |

| Information à la patiente & conclusion de l'entretien (c3.3) | | | |
|---|--|--|---|
| Aspects à évaluer | | | |
| <input type="checkbox"/> Communication complète des valeurs au/à la patient-e | <input type="checkbox"/> Suivi proposé / triage | <input type="checkbox"/> Clôture / conclusion de vente | |
| | <input type="checkbox"/> Propositions de mesure prévention adéquates | | |
| Tous les 4 aspects remplis | 3 | | 2 |
| 3 aspects remplis | 2 | | |
| 1 - 2 aspects remplis | 1 | | |
| Aucun aspect rempli | 0 | | |

| | | | |
|--------------------|----|---------------------|--|
| Max. points | 30 | Total points | |
|--------------------|----|---------------------|--|