

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 B Pression

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		1
5 - 6 aspects remplis	2		
3 - 4 aspects remplis	1		

Information de la/du patient-e & consentement (c2.1)			
Aspects à évaluer			
<input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la prestation	<input type="checkbox"/> Coût de la prestation		
	3		1
	2		
Effectué	1		
Pas effectué ou non complet	0		

Préparation (c2.3, c2.9)			
Aspects à évaluer			
<input type="checkbox"/> Préparation de l'appareil	<input type="checkbox"/> Respect du temps d'attente	<input type="checkbox"/> Demande des valeurs habituelles	
<input type="checkbox"/> Choix taille du brassard			
Tous les 4 aspects sont remplis	3		2
3 aspects sont remplis	2		
1 - 2 aspects sont remplis	1		
Aucun aspect rempli	0		

Réalisation & documentation (c2.6, c2.7)				
Aspects à évaluer				
<input type="checkbox"/> Positionnement du brassard	<input type="checkbox"/> Utilisation de l'appareil et déroulement logique et efficace	<input type="checkbox"/> Au moins 2 mesures (au moins suggéré oralement en cas de manque de temps)		
<input type="checkbox"/> Positionnement du/de la patient·e		<input type="checkbox"/> Documentation des valeurs		
Tous les 5 aspects sont remplis	3			
4 aspect sont remplis	2			2
3 aspects sont remplis	1			
Moins de 3 aspects remplis	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 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	25	Total points	
--------------------	----	---------------------	--