



## Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil

### DCO a: conseil et service à la clientèle

Nom/prénom/numéro	Date/début/fin
.....	.....

#### Introduction

Une dame âgée demande pour son mari un somnifère à base de plantes qu'il peut prendre sans problème, même par rapport à la conduite routière.

#### Informations détaillées sur la situation avec la clientèle

L'entretien dure **environ 15 minutes** et contient les points suivants (au total, trois entretiens point d'appréciation 1; 45 minutes):

- **Préoccupation/motif:** Une patiente âgée aimerait quelque chose à base de plantes pour passer une bonne nuit.
- **Identification:** Pour son mari (83 ans)
- **Autres médicaments / qu'a-t-il déjà été entrepris?** Oui, le Zolpidem prescrit par le médecin. Mais il ne veut pas le prendre, car il a peur pour son permis de conduire.
- **Situations à risque:** Hypertension, Diabète de type 2, aucune allergie
- **Localisation:** -
- **Intensité/échelle d'évaluation de la douleur:** Ne parvient pas toujours à s'endormir facilement ou se réveille parfois pendant la nuit.
- **Nature et type de douleurs:** Il reste couché, sans dormir et commence à s'agiter, cela le maintient éveillé le plus souvent entre 22 heures et 2 heures.
- **Durée:** Depuis 1 à 2 mois, mais ces derniers temps, il se sent fatigué pendant la journée.
- **Autres symptômes:** Pas vraiment, sauf qu'il est de mauvaise humeur.
- **Autres maladies / allergies et traitements:** Hypertension, diabète
- **Facteurs aggravants:** Mauvais temps pendant une période prolongée
- **Facteurs améliorants:** Quand les petits-enfants sont en visite
- **Objection:** De toute façon inefficace
- **Traitement complémentaire (remarque: demander des précisions si le/la candidat-e ne propose pas de complément):**
- **Mesures de prévention (remarque: ne pas demander de précisions si le/la candidat-e ne propose pas de mesure de prévention):**

#### Matériel / documents nécessaires

Aucun



**Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil**  
**DCO a: conseil et service à la clientèle**

<b>Nom/prénom/numéro</b> .....	<b>Date/début/fin</b> .....
-----------------------------------	--------------------------------

**Introduction**

Une dame âgée demande pour son mari un somnifère à base de plantes qu'il peut prendre sans problème, même par rapport à la conduite routière.

**Grille d'observation**

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
GWP & LINDA AFF	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Préoccupation/motif</li><li><input type="checkbox"/> Identification</li><li><input type="checkbox"/> Autres médicaments</li><li><input type="checkbox"/> Ce que le/la client·e a déjà entrepris</li><li><input type="checkbox"/> Situations à risque</li><li><input type="checkbox"/> Localisation</li><li><input type="checkbox"/> Intensité/échelle d'évaluation de la douleur</li><li><input type="checkbox"/> Nature et type de douleurs</li><li><input type="checkbox"/> Durée</li><li><input type="checkbox"/> Autres symptômes</li><li><input type="checkbox"/> Autres maladies/allergies et traitements</li><li><input type="checkbox"/> Facteurs aggravants améliorants</li></ul>		



### Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
	<b>Délimitation des compétences/triage corrects</b>		
Activité de vente 1 <sup>er</sup> produit	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Choix de produits appropriés</li><li><input type="checkbox"/> Argumentation/bénéfice pour la clientèle</li><li><input type="checkbox"/> Avantages et inconvénients</li><li><input type="checkbox"/> Forme galénique appropriée</li></ul>	<b>Remarque: seul le premier produit choisi est évalué.</b>  par ex. : <ul style="list-style-type: none"><li>- Oyono</li><li>- Zeller sommeil forte</li><li>- Produit à base de valériane</li></ul>	
Mode d' utilisation 1 <sup>er</sup> produit	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obligatoire: comment?</li><li><input type="checkbox"/> Obligatoire: à quelle fréquence?</li><li><input type="checkbox"/> Durée du traitement</li><li><input type="checkbox"/> Information d'effets indésirables possibles</li><li><input type="checkbox"/> Étiquette de posologie</li></ul>	<b>Remarque: à n'évaluer que si les produits choisis sont appropriés, et uniquement pour le 1<sup>er</sup> produit.</b>	
	<b>Objection du / de la client·e</b>	<b>Objection :</b> De toute façon inefficace	



### Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
Activité de vente 2 <sup>e</sup> produit	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Choix de produits appropriés</li><li><input type="checkbox"/> Argumentation/bénéfice pour la clientèle</li><li><input type="checkbox"/> Avantages et inconvénients</li><li><input type="checkbox"/> Forme galénique appropriée</li></ul>	<b>Remarque: seul le premier produit choisi est évalué</b>	
Mode d' utilisation 2 <sup>e</sup> produit	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obligatoire: comment?</li><li><input type="checkbox"/> Obligatoire: à quelle fréquence?</li><li><input type="checkbox"/> Durée du traitement</li><li><input type="checkbox"/> Information d'effets indésirables possibles</li><li><input type="checkbox"/> Étiquette de posologie</li></ul>	<b>Remarque: à n'évaluer que si les produits choisis sont appropriés, et uniquement pour le 1<sup>er</sup> produit.</b>	



### Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
Traitement complémentaire: produit additionnel	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Obligatoire: sans demande de précisions de l'EXP</li><li><input type="checkbox"/> Traitement complémentaire adapté (au moins 1 produit additionnel)</li><li><input type="checkbox"/> Informations sur le traitement complémentaire</li><li><input type="checkbox"/> Justification du traitement complémentaire</li></ul>	<p><b>Remarque: demander des précisions si le/la candidat-e ne propose pas de complément</b></p> <p><b>Le produit évalué est toujours le premier produit additionnel mentionné.</b></p> <p>Par ex. :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Similasan troubles du sommeil</li><li>- Sels Schüssler</li><li>- Magnésium</li><li>- Sidroga tisane pour le sommeil et les nerfs</li><li>- Bain relaxant</li><li>- Masque de sommeil (à placer sur les yeux)</li><li>- Huiles essentielles / parfum d'ambiance</li><li>- Weleda Calmedoron</li><li>- Zeller détente</li><li>- Berocca</li></ul>	



### Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
Mesures de prévention	<input type="checkbox"/> Mesure de prévention adéquate proposée (au moins 1)	<b>Remarque: ne pas demander de précisions si le/la candidat-e ne propose pas de mesure de prévention</b>  Par ex. : <ul style="list-style-type: none"><li>- Journal du sommeil</li><li>- Bon environnement de sommeil</li><li>- Pas de consommation de caféine et d'alcool le soir</li><li>- Rythme constant des repas</li><li>- Pas de repas trop copieux le soir</li><li>- Activité physique journalière régulière et suffisante</li><li>- Promenade avant d'aller se coucher</li></ul>	
Conclusion	<input type="checkbox"/> Autres besoins/questions ouvertes clarifiés <input type="checkbox"/> Offre de suivi <input type="checkbox"/> Conclusion de l'activité de vente		
Guidage de la clientèle	<input type="checkbox"/> Empathie/avenant-e envers la clientèle <input type="checkbox"/> Informe la clientèle des étapes de travail <input type="checkbox"/> Fil rouge/méthode de travail efficace		



**Point d'appréciation 1 A: trouble du sommeil**

	Critères & indicateurs	Attentes	Observations
Bénéfice pour la clientèle	<input type="checkbox"/> Besoin du/de la client·e satisfait		