

Posizione 1 B: Cefalea

CCO a: Consulenza e servizio alla clientela

Cognome / Nome / Numero	Data / Inizio / Fine
.....

Introduzione:

Un cliente di circa 40 anni vuole qualcosa di diverso dal paracetamolo per la sua emicrania.

Informazioni dettagliate sulla situazione del/della cliente

Il colloquio dura **circa 20 minuti** e prevede i seguenti punti (totale tre colloqui posizione 1; 45 minuti):

- **Richiesta / motivo:** Vuole qualcosa contro l'emicrania
- **Identificazione:** Per se stesso
- **Altri medicamenti / misure già adottate:** Nessun'altra malattia, non assume altri farmaci, il paracetamolo (1000 mg) è sempre stato utile ma ultimamente non è più un aiuto.
- **Situazioni di rischio:** Nessuna allergia
- **Localizzazione:** Unilaterale, alle tempie
- **Intensità / scala del dolore:** L'intensità è difficile da valutare, molto doloroso (8)
- **Natura e tipo di disturbo:** Il medico ha parlato di emicrania
- **Durata:** 1 giorno se il paracetamolo non è d'aiuto
- **Altri sintomi:** Non tollera la luce
- **Altre malattie / allergie e terapie:** Nessuna
- **Fattori aggravanti:** Luce
- **Fattori migliorativi:** Sdraiarsi in una stanza buia
- **Obiezione:** Un'altra forma galenica
- **Integrazione terapeutica (Indicazione: chiedere, se il/la candidato/a non propone un'integrazione terapeutica)**
- **Misure di prevenzione (Indicazione: non chiedere, se il/la candidato/a non propone una misura di prevenzione)**

Documentazione / materiali necessari

Nessuno

Posizione 1 B: Cefalea

CCO a: Consulenza e servizio alla clientela

Cognome / Nome / Numero	Data / Inizio / Fine
.....

Introduzione:

Un cliente di circa 40 anni vuole qualcosa di diverso dal paracetamolo per la sua emicrania.

Griglia di osservazione

	Criteri e indicatori	Aspettative	Osservazioni
GWP & LINDA AFF	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Richiesta / motivo<input type="checkbox"/> Identificazione<input type="checkbox"/> Altri medicamenti<input type="checkbox"/> Misure già adottate<input type="checkbox"/> Situazioni di rischio<input type="checkbox"/> Localizzazione<input type="checkbox"/> Intensità / scala del dolore<input type="checkbox"/> Natura e tipo di disturbo<input type="checkbox"/> Durata<input type="checkbox"/> Altri sintomi<input type="checkbox"/> Altre malattie / allergie e terapie<input type="checkbox"/> Fattori aggravanti / migliorativi		
	Delimitazione delle competenze / triage eseguito correttamente		

Posizione 1 B: Cefalea

	Criteri e indicatori	Aspettative	Osservazioni
Operazione di vendita 1° prodotto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Scelta del prodotto adatta <input type="checkbox"/> Argomentazione / benefici per il / la cliente <input type="checkbox"/> Vantaggi e svantaggi <input type="checkbox"/> Forma galenica idonea 	Indicazione: solo il 1° prodotto della scelta dei prodotti viene valutato	
Impiego 1° prodotto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obbligatorio: come <input type="checkbox"/> Obbligatorio: frequenza <input type="checkbox"/> Durata <input type="checkbox"/> Indicazione dei possibili effetti collaterali <input type="checkbox"/> Etichetta di posologia 	Indicazione: valutare solo in caso di scelta adatta del prodotto e solo per il 1° prodotto	
Obiezione del/della cliente		Obiezione: Un'altra forma galenica	

Posizione 1 B: Cefalea

	Criteri e indicatori	Aspettative	Osservazioni
Operazione di vendita 2° prodotto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Scelta del prodotto adatta <input type="checkbox"/> Argomentazione / benefici della clientela <input type="checkbox"/> Vantaggi e svantaggi <input type="checkbox"/> Forma galenica idonea 	Indicazione: solo il 1° prodotto della scelta dei prodotti viene valutato	
Impiego 2° prodotto	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obbligatorio: come <input type="checkbox"/> Obbligatorio: frequenza <input type="checkbox"/> Durata <input type="checkbox"/> Indicazione dei possibili effetti collaterali <input type="checkbox"/> Etichetta di posologia 	Indicazione: da valutare solo in caso di scelta del prodotto adatta e solo per il 1° prodotto	

Posizione 1 B: Cefalea

	Criteri e indicatori	Aspettative	Osservazioni
Integrazione terapeutica: prodotto aggiuntivo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obbligatorio: senza richiesta da parte del perito / della perita <input type="checkbox"/> Integrazione terapeutica adatta (min. 1 prodotto aggiuntivo) <input type="checkbox"/> Informazioni sull'integrazione terapeutica <input type="checkbox"/> Motivazione dell'integrazione terapeutica 	<p>Indicazione: chiedere, se il/la candidato/a non propone un'integrazione terapeutica</p> <p>Si valuta sempre il primo prodotto aggiuntivo menzionato.</p> <p>Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Becozym - Burgerstein B-Komplex - Magnesio - Motilium per un inizio d'azione più rapido 	
Misure di prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Misura di prevenzione adatta (min. 1) 	<p>Indicazione: non chiedere, se il/la candidato/a non propone una misura di prevenzione</p> <p>Ad esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tenere un diario del mal di testa - Prevenzione dello stress - Esercizi di respirazione 	

Posizione 1 B: Cefalea

	Criteri e indicatori	Aspettative	Osservazioni
Conclusione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite <input type="checkbox"/> Offerta di assistenza successiva <input type="checkbox"/> Conclusione dell'operazione di vendita 		
Gestione cliente	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Empatia / rispondere alle esigenze del/della cliente <input type="checkbox"/> Informare il/la cliente sulle fasi operative di lavoro <input type="checkbox"/> Filo conduttore / modalità di lavoro efficiente 		
Benefici per il / la cliente	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Esigenze del/della cliente soddisfatte 		