

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

Point d'appréciation 2: exercice A

Thème/Situation:

| Critères et indicateurs                                   |  | Justification  | Points obtenus | Pondération |
|---|--|--|----------------|-------------|
| Identification (b1.1, b1.2, b1.11, b2.1)                  |  |  |                |             |
| Aspects à évaluer   |  |  |                |             |
| <input type="checkbox"/> Identification du/de la client·e | <input type="checkbox"/> Modalités de facturation (type de remboursement: AM, AI, accident, militaire, LS, LPPA, LN) | <input type="checkbox"/> Saisie correcte du/de la client·e |                |             |
|   |  | Justification en cas de retrait de points:                 |                |             |
| Les 3 aspects sont remplis                                | 3  |  |                | 1           |
| 2 aspects remplis   | 2  |  |                |             |
| 1 aspect rempli   | 1  |  |                |             |
| 0 aspect rempli   | 0  |  |                |             |

| GWP/Dossier (b1.4, e1.1, e1.3)   |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| Aspects à évaluer  |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Indication<br><input type="checkbox"/> Modalités de prise connues<br><input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Situations à risque (grossesse, allaitement, tabagisme, red flags ou signaux d'alerte)<br><input type="checkbox"/> Durée | <input type="checkbox"/> Autres médicaments (OTC, Rx)<br><input type="checkbox"/> Autres maladies et traitements |  |   |
| Justification en cas de retrait de points:   |   |  |  |   |
| 6 à 7 aspects remplis  | 3   |  |  | 2 |
| 4 à 5 aspects remplis  | 2   |  |  |   |
| 2 à 3 aspects remplis  | 1   |  |  |   |
| 0 à 1 aspect rempli  | 0   |  |  |   |

| Administration de l'ordonnance (b1.4, b1.5, b1.6, b1.7, b2.1, b2.2, b2.5)   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| Aspects à évaluer: les aspects sont remplis lorsqu'ils sont correctement appliqués pour chacun des quatre produits.   |   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Mode de facturation (LS ou LN)<br><input type="checkbox"/> Saisie de tous les produits<br><input type="checkbox"/> Forme galénique | <input type="checkbox"/> Obligatoire: offre de génériques<br><input type="checkbox"/> Se procurer les informations manquantes (goût, puissance/posologie) | <input type="checkbox"/> Valider la posologie<br><input type="checkbox"/> Taille de l'emballage |  |   |
| Justification en cas de retrait de points:  |   |   |  |   |
| 6 à 7 aspects remplis (y compris aspect obligatoire) <input type="checkbox"/>   | 3   |   |  | 2 |
| 4 à 5 aspects remplis (y compris aspect obligatoire) <input type="checkbox"/>   | 2   |   |  |   |
| 2 à 3 aspects remplis (sans aspect obligatoire)   | 1   |   |  |   |
| 0 à 1 aspect rempli   | 0   |   |  |   |



| Prise en charge autonome du problème (b1.5)   |              |  |  |   |
|---|--------------|--|--|---|
| Aspects à évaluer   |              |  |  |   |
|   |              | Justification en cas de retrait de points: |  |   |
| Proposition de solution à la problématique soumise au/à la pharmacien·ne; délimitation des compétences avec le/la pharmacien·ne correctement effectuée. | 3            |  |  | 1 |
|   | <del>2</del> |  |  |   |
|   | <del>1</del> |  |  |   |
| Pas de proposition de solution élaborée; la délimitation des compétences n'est pas prise en compte.   | 0            |  |  |   |

| Validation avec le/la pharmacien·ne (b1.8)                        |              |  |  |   |
|---|--------------|--|--|---|
| Aspects à évaluer   |              |  |  |   |
|   |              | Justification en cas de retrait de points: |  |   |
| Validation de l'ordonnance avec le/la pharmacien·ne effectuée     | 3            |  |  | 1 |
|   | <del>2</del> |  |  |   |
|   | <del>1</del> |  |  |   |
| Validation de l'ordonnance avec le/la pharmacien·ne non effectuée | 0            |  |  |   |

| Utilisation avec durée du traitement (b1.9, b1.10, b2.3, b2.4)   |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| Aspects à évaluer: les aspects sont remplis lorsqu'ils sont correctement appliqués pour chacun des quatre produits.  |  |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Posologie (quantité, modifications en cas de substitution par un générique)<br><input type="checkbox"/> Étiquette de posologie (correcte, sans aucune erreur) | <input type="checkbox"/> Utilisation (conseils de prise du médicament, interactions possibles, conservation) | <input type="checkbox"/> Instruction (démonstration des formes galéniques/modes d'administration particuliers) |  |   |
| Justification en cas de retrait de points:   |  |  |  |   |
| Les 4 aspects sont remplis   | 3  |  |  | 2 |
| 3 aspects remplis  | 2  |  |  |   |
| 2 aspects remplis  | 1  |  |  |   |
| 0 à 1 aspect rempli  | 0  |  |  |   |

| Traitement complémentaire (b1.9)  |  |   |  |   |
|---|--|---|--|---|
| Aspects à évaluer: pour le 1er produit additionnel mentionné  |  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Obligatoire: sans demande de précisions de l'EXP<br><input type="checkbox"/> Traitement complémentaire adapté (1 produit additionnel (p. ex. la posologie) | <input type="checkbox"/> Informations sur le traitement complémentaire | <input type="checkbox"/> Justification du traitement complémentaire |  |   |
| Justification en cas de retrait de points:  |  |   |  |   |
| Les 4 aspects sont remplis (y compris aspect obligatoire) <input type="checkbox"/>  | 3  |   |  | 1 |
| 3 aspects remplis (y compris aspect obligatoire) <input type="checkbox"/>   | 2  |   |  |   |
| 2 aspect remplis (sans aspect obligatoire)  | 1  |   |  |   |
| 0 à 1 aspect rempli   | 0  |   |  |   |

| Mesure de prévention (a2.8)   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| Aspects à évaluer   |   |  |  |   |
|   |   | Justification en cas de retrait de points: |  |   |
|   | X |  |  | 1 |
|   | X |  |  |   |
|   | X |  |  |   |
| Mesure de prévention adéquate proposée (min. 1)                         | 1 |  |  |   |
| Aucune mesure de prévention proposée ou mesure de prévention inadéquate | 0 |  |  |   |

| Conclusion (a1.4, a1.6, a3.7)  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| Aspects à évaluer  |   |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Modifications documentées sur l'ordonnance (posologie, générique, etc.) | <input type="checkbox"/> Remise documentée (prix, quantité, date, timbre, visa) | <input type="checkbox"/> Offre de suivi (réévaluation de la maladie) | <input type="checkbox"/> Autres besoins/questions ouvertes clarifiés |   |
|  |   | Justification en cas de retrait de points:                           |  |   |
| Les 4 aspects sont remplis   | 3   |  |  | 1 |
| 3 aspects remplis  | 2   |  |  |   |
| 2 aspects remplis  | 1   |  |  |   |
| 0 à 1 aspect rempli  | 0   |  |  |   |



| Guidage de la clientèle (a1.1, a1.5, a1.6, a3.7, a4.3, a4.4, a4.5) |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| Aspects à évaluer  |   |  |  |   |
| <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 |  |   |
|  |   |  | Justification en cas de retrait de points: |   |
| Les 3 aspects sont remplis   | 3   |  |  | 1 |
| 2 aspects remplis  | 2   |  |  |   |
| 1 aspect rempli  | 1   |  |  |   |
| 0 aspect rempli  | 0   |  |  |   |

| Bénéfice pour la clientèle (a3.7)      |              |  |  |   |
|--|--------------|--|--|---|
|  |              |  | Justification en cas de retrait de points: |   |
| Besoin du/de la client·e satisfait     | 3            |  |  | 1 |
|  | <del>2</del> |  |  |   |
|  | <del>1</del> |  |  |   |
| Besoin du/de la client·e non satisfait | 0            |  |  |   |

|             |    |       |  |  |  |
|-------------|----|-------|--|--|--|
| Max. points | 40 | Total |  |  |  |
|-------------|----|-------|--|--|--|