

Date et cours:

Etudiant.e pharmacien.ne:

Etudiant.e examinateur.trice:

Etudiant.e patient.e:



Evaluation du contexte / anamnèse	Oui	Non	Commentaires / détails
C'est pour <b>vous</b> ?			
Dossier pharmaceutique <b>dans la pharmacie</b> ? si oui, le consulte			
Nouvelle prescription / <b>déjà pris</b> ce(s) médicament(s) : évalue si problème récurrent			
Vérifie <b>raison</b> de la prescription / consultation			
Demande les <b>informations transmises</b> par le prescripteur			
Vérifie date de l'ordonnance, sa validité (signature, ordonnance à souche si applicable), conditions de remboursement des médicaments prescrits			
Pour une  en âge de procréer: <b>Grossesse? Allaitement ?</b>			
En pédiatrie: <b>âge et poids?</b>			
<b>Allergies</b> connues ?			
<b>Co-morbidités</b> (yc troubles fonction rénale et/ ou hépatique) ?			
<b>Traitement en cours?</b>			
Si ordonnance <b>renouvelable</b> : <input type="checkbox"/> clairement mentionné			
<b>Décision de validation (indication, posologie, interactions, contre-indications)</b>	Oui	Non	
<b>Remise</b> du traitement			
Vérifie l' <b>adéquation de la forme galénique</b> , si pertinent			
Propose une autre <b>forme galénique</b> si besoin			
Propose un/des <b>générique(s)</b>			
Rappelle / explique / confirme l' <b>indication</b> (en particulier si multiples options)			
<b>Posologie (si correcte)</b> : confirme la posologie et mentionne <input type="checkbox"/> la dose unitaire <input type="checkbox"/> le nombre de prises par jour <input type="checkbox"/> le nombre de doses unitaires maximum durant 24h / l'intervalle à laisser entre les prises <input type="checkbox"/> le moment de prise par rapport aux repas (si besoin) <input type="checkbox"/> la durée de traitement (p.ex. max 7 jours, au moins 6 mois, à vie)			
<b>Posologie incorrecte, y c. dosage</b> (si présente): <input type="checkbox"/> pas d'identification de la posologie incorrecte <input type="checkbox"/> explique comment gérer la posologie incorrecte (p.ex. indique le bon nombre de prises par jour) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la posologie incorrecte (sans apporter de solution adéquate) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la posologie incorrecte et proposer une solution adéquate (changement, suivi, etc.)			
<b>Contre-indication absolue</b> (si présente): <input type="checkbox"/> pas d'identification de la contre-indication absolue <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la CI absolue (sans apporter de solution adéquate) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la CI absolue et proposer une solution adéquate (changement, etc.)			
<b>Contre-indication relative ou mise en garde</b> (p.ex. éviter un comportement durant le traitement), si présente: <input type="checkbox"/> pas d'identification de la CI relative/mise en garde <input type="checkbox"/> identifie la CI relative / mise en garde et explique à la personne comment gérer la contre-indication relative ou la mise en garde (p.ex. éviter un comportement durant le traitement) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la CI relative (sans apporter de solution adéquate) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter la CI relative et proposer une solution adéquate (changement, etc.)			
<b>Interaction</b> (si aucune): confirme/ explique l'absence d'interaction			
<b>Interaction</b> (si présente): <input type="checkbox"/> pas d'identification de l'interaction <input type="checkbox"/> si implique des prescripteurs différents, investigate si le médecin est informé de la co-médication <input type="checkbox"/> explique à la personne comment gérer l'interaction (p.ex. décaler les prises) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter l'interaction (sans apporter de solution adéquate) <input type="checkbox"/> contacte le médecin pour discuter l'interaction et proposer une solution adéquate (changement, suivi, etc.)			
<b>Recommandations d'utilisation</b>	Oui	Non	
Si besoin, donne des conseils liés à l' <b>administration</b> (p.ex. agiter avant emploi)			
Propose un <b>dispositif</b> pour aider l'administration si besoin (p.ex. spacer)			
Si besoin, donne des conseils liés à la <b>manipulation</b> (p.ex. dispositif pour asthme)			
Si besoin, donne des conseils liés à la <b>conservation</b> (p.ex. garder au frigo)			
Mentionne les <b>effets bénéfiques</b> à attendre du traitement (si besoin en précisant une notion de durée) à <b>court terme</b>			
Vérifie la <b>compréhension des objectifs de traitement</b> (yc à long terme) et informe si besoin			
Si besoin, vérifie si la personne est capable de suivre le <b>plan de traitement</b> prescrit			
Indique les <b>effets indésirables</b> <input type="checkbox"/> les plus fréquents <input type="checkbox"/> graves			
<b>Suivi pharmaceutique</b>	Oui	Non	
Vérifie quand est prévu le <b>prochain rdv</b> ou contact avec le médecin			
Informe sur les <b>signes d'aggravation à surveiller</b> (et conseille de consulter si besoin)			
Gestion des <b>effets indésirables fréquents</b> : <input type="checkbox"/> explique comment les <b>prévenir</b> (p.ex. boire beaucoup) <input type="checkbox"/> explique comment les <b>gérer</b>			
Gestion des <b>effets indésirables graves</b> <input type="checkbox"/> explique comment les <b>identifier</b> (p.ex. en cas de douleurs abdominales importantes...) <input type="checkbox"/> explique <b>quoi faire</b> en cas de symptôme (p.ex. arrêt du traitement et consultation)			
Si besoin, propose des solutions pour <b>aider</b> la personne à suivre le <b>plan de traitement</b> (p.ex. préparation d'un semainier)			
Selon le traitement, explique les <b>mesures d'autocontrôle</b> (p. ex. glycémie,...) et/ou importance de <b>contrôles réguliers</b> (p.ex TP)			
Mentionne des <b>mesures complémentaires</b> non-médicamenteuses (hydratation, compresses,...) ou d'hygiène de vie (alimentation, sommeil, sport,...) pour <b>prendre en charge</b> la situation actuelle			
Mentionne des <b>mesures complémentaires de prévention</b> de la récurrence (p.ex vaccination)			
Si ordonnance <b>renouvelable</b> : <input type="checkbox"/> précise la durée ou le nombre d'emballage(s) <input type="checkbox"/> précise le délai pour venir retirer les prochains emballages <input type="checkbox"/> propose une copie d'ordonnance			
Propose une <b>brochure</b> d'information et/ou un site internet en adéquation avec la pathologie, le traitement			
<b>Se montre disponible à la pharmacie ou par téléphone</b> en cas de questions ultérieures			
<b>Compétences sociales, communication, éthique</b>			
<b>Degré de cohérence de l'entretien</b> : <input type="checkbox"/> pas atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> totalement atteint			
<b>Expression verbale</b> : <input type="checkbox"/> pas atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> totalement atteint			
<b>Réponse aux besoins du/de la patient-e (empathie)</b> : <input type="checkbox"/> pas atteint <input type="checkbox"/> partiellement atteint <input type="checkbox"/> totalement atteint			