

## Posizione 2A:

**CCO b: Dispensazione di medicinali, articoli sanitari e medicali prescritti**

**CO e1: Registrare le informazioni relative alla clientela e gestire i dossier dei singoli pazienti**

**CO e2: Gestire i crediti derivanti dalla vendita di medicinali, prodotti e servizi**

---

### Situazione cliente

Cognome / Nome / Numero

Data / Inizio / Fine

### Informazioni sullo svolgimento

Il gioco di ruolo è una nuova situazione di consulenza, vale a dire che nessuna informazione proveniente da altri compiti e da altre posizioni è rilevante per la soluzione.

Il colloquio dura **circa 20 minuti** e contiene i seguenti punti (totale 2 colloqui posizione 2; 45 minuti):

- In precedenza: chiarimento dei ruoli esperti (chi assume quale ruolo)
- Identificazione, verifica della prescrizione, amministrazione (CM)
- GWP / Completare dossier
- Gestione della prescrizione
- Risoluzione indipendente dei problemi
- Convalida del/della farmacista
- Impiego corretto con spiegazione della durata della terapia
- Almeno 1 integratore terapeutico (prodotto, consigli)
- almeno 1 proposta di prevenzione
- Conclusione della vendita, modalità di pagamento, offerta di assistenza successiva / post-vendita

**Documenti / materiali necessari**

Prescrizione preparata

**Medico**

**Data:**

Signora / Signore  
Cognome, Nome  
Data di nascita  
Indirizzo

Rp

**Qui si trova una firma valida e un  
timbro del medico**



**Posizione 2 A :**  
**Informazioni sul gioco di ruolo**

|                 | Domanda candidato/a  | Sì                       | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|-----------------|--|--------------------------|----------------------------------|-----------------------|
|                 | Introduzione   |                          |                                  |                       |
| Identificazione | Identificazione (per chi?) e registrazione del/della cliente | <input type="checkbox"/> |                                  |                       |
|                 | Modalità di fatturazione chiarite                            | <input type="checkbox"/> |                                  |                       |
|                 | Validità controllata   | <input type="checkbox"/> |                                  |                       |



**Posizione 2 A :**

|                    | <b>Domanda candidato/a</b>                   | <b>Sì</b>                | <b>Risposte esperto/a / aspettative</b> | <b>Commenti/osservazioni</b> |
|--------------------|--|--------------------------|---|------------------------------|
| <b>GWP/Dossier</b> | Indicazione                                  | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Già preso, utilizzato? /utilizzo conosciuto? | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Allergia                                     | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Situazioni di rischio                        | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Durata                                       | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Altri medicinali (OTC; RX)                   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                    | Altre malattie e terapie                     | <input type="checkbox"/> |   |                              |

**Posizione 2 A :**

|                               | <b>Domanda candidato/a</b>                            | <b>Sì</b>                | <b>Risposte esperto/a / aspettative</b> | <b>Commenti/osservazioni</b> |
|-------------------------------|---|--------------------------|---|------------------------------|
| <b>Gestione della ricetta</b> | Registrazione del prodotto                            | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Galenici  | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Offerta generici                                      | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Richiedere le informazioni mancanti                   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Convalidare il dosaggio                               | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Dimensione della confezione                           | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                               | Articoli sostitutivi / ordine dei medicinali mancanti | <input type="checkbox"/> |   |                              |



**Posizione 2 A :**

|                    | <b>Domanda candidato/a</b>            | <b>Sì</b>                | <b>Risposte esperto/a / aspettative</b> | <b>Commenti/osservazioni</b> |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|------------------------------|
| <b>Risoluzione</b> | Risoluzione indipendente dei problemi | <input type="checkbox"/> |   |                              |
| <b>Convalida</b>   | Convalida con il/la farmacista        | <input type="checkbox"/> |   |                              |

**Posizione 2 A :**

|                          | <b>Domanda candidato/a</b>                                       | <b>Sì</b>                | <b>Risposte esperto/a / aspettative</b> | <b>Commenti/osservazioni</b> |
|--------------------------|--|--------------------------|---|------------------------------|
| <b>Impiego</b>           | Dosaggio   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                          | Impiego  | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                          | Istruzioni   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
| <b>Therapieergänzung</b> | Integratore/supplemento terapeutico adatto (almeno 1), ad es.    | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                          | Informazioni necessarie sull'integratore/supplemento terapeutico | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                          | Giustificazione per l'integratore / il supplemento terapeutico   | <input type="checkbox"/> |   |                              |



**Posizione 2 A :**

|                              | <b>Domanda candidato/a</b>   | <b>Sì</b>                | <b>Risposte esperto/a / aspettative</b> | <b>Commenti/osservazioni</b> |
|------------------------------|--|--------------------------|---|------------------------------|
| <b>Misure di prevenzione</b> | Misura terapeutica adatta (almeno 1), ad es.                                   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
| <b>Conclusione</b>           | Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite                                   | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                              | Offerta di assistenza successiva / post-vendita / riferimento a siti web utili | <input type="checkbox"/> |   |                              |
|                              | Conclusione della vendita  | <input type="checkbox"/> |   |                              |