



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

DOCUMENT PRÉPARATOIRE

Inspection individuelle ou de contrôle

PHARMACIEN ()

NO DOSSIER :

Date de remise du document : 10 jours ouvrables avant l'inspection

Direction des services professionnels

Renseignements généraux personnels

Cheminement académique

Premier cycle

Baccalauréat

Année : _____

Pharm D (ou Programme passerelle)

Année : _____

Si vous avez obtenu votre diplôme hors Québec,

Année : _____

- Précisez l'endroit et l'année de l'obtention du diplôme :

- Précisez le type d'équivalence obtenue au Québec (BEPC, formation universitaire, QeP, autre) : _____

Cycles supérieurs

Diplôme obtenu : _____

Année : _____

- Précisez l'endroit :

Autres diplômes

Diplôme obtenu : _____

Année : _____

- Précisez l'endroit :

Renseignements généraux sur votre ou vos lieux d'exercice

Lieu(x) d'exercice actuel(s)	Poste occupé (assignation)	Nombre d'heures travaillées par semaine

Au cours des deux dernières années, avez-vous été responsable d'un stagiaire en pharmacie en tant que clinicien associé ou chargé d'enseignement clinique ?

Oui Non

Pratiquez-vous dans le cadre d'une entente de partenariat tel que défini selon le *Règlement* (à compléter lors de la publication officielle) ?

Oui Non

Renseignements sur votre pratique professionnelle

Résumez brièvement votre expérience professionnelle (milieu de pratique, assignation et responsabilités, implications diverses, par exemple publications, prix, conférences, charge de cours, etc.).

➤ _____

Renseignements sur la pharmacie/installation où aura lieu l'inspection

Si l'inspection a lieu en pharmacie communautaire, précisez :

1. Le nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie par semaine :
2. Le nom de la chaîne ou de la bannière :
3. Le nombre d'heures total travaillées par les pharmaciens chaque semaine :
4. Le nombre d'heures total travaillées par les ATP chaque semaine :
5. Les soins et services pharmaceutiques offerts à la pharmacie :
6. Les statistiques suivantes :
 - a. Chaîne de travail (comptoir)
 - Moyenne quotidienne des ordonnances : _____
 - b. Piluliers
 - Moyenne quotidienne des ordonnances : _____
 - c. Activités cliniques :
 - Nombre moyen de demandes de consultation par jour _____
 - Nombre moyen de suivis réalisés par jour : _____

Au besoin, veuillez demander l'aide du pharmacien propriétaire ou du pharmacien responsable à cette pharmacie afin d'obtenir les renseignements demandés.

Si nécessaire, l'inspecteur pourra également vous demander de lui remettre des statistiques plus précises à tout moment lors de l'inspection.

Si l'inspection a lieu en établissement de santé ou en GMF, précisez :

1. Le type d'établissement :

- CIUSSS
- CISSS
- CHSLD privé ou privé conventionné
- CLSC
- GMF
- Centre de réadaptation

2. La mission de l'installation où aura lieu l'inspection (ex. : soins de longue durée, soins aigus, etc.) :

3. Le nombre de lits dans l'installation :

4. Le type de clientèle admise à l'installation (le type de patient admis) :

5. Les unités de soins/spécialités de l'installation:

EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ/GMF

A. Si votre assignation principale est sur une unité de soins, en GMF ou en clinique externe, précisez :

	Éléments	Description	
1	Unité où aura lieu l'inspection. (S'il y a lieu)		
2	Nombre de patients admis sur l'unité/Nombre de patients suivis par le pharmacien.		
3	Âge moyen des patients.		
4	Pathologies rencontrées (si particularité relative à l'unité de soins).		
5	Équipe traitante présente (omnipraticiens, spécialistes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.).		
6	Est-ce qu'une offre de soins précise les activités du pharmacien à l'unité de soins ? Si oui, quelles sont ces activités ? Si non, quel est le rôle du pharmacien à l'unité de soins et comment a-t-il été établi ?		
7	Fonctionnement de l'unité.		
	Tournée médicale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fréquence :
	Rencontre interdisciplinaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fréquence :
	Autres ? :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fréquence :

B. Si votre assignation principale est à la pharmacie centrale (distribution et validation des ordonnances), précisez :

	Éléments	Description
1	Est-ce qu'une offre de soins et services précise les activités du pharmacien à la validation des ordonnances ? Si oui, quelles sont ces activités ?	
2	Quelles unités de soins sont couvertes par un pharmacien ?	
3	Est-ce qu'une offre de soins décrit les activités du pharmacien sur chacune de ces unités ?	
4	Les activités du pharmacien à la validation des ordonnances sont-elles modulées en fonction des offres de soins ?	
5	Nombre moyen d'ordonnances quotidiennes	
6	Nombre de personnes qui sera à la pharmacie lors de l'inspection et leur titre (pharmaciens et ATP).	
7	Délégation de la vérification contenant-contenu implantée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Merci de votre collaboration.