

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du pharmacien** |  |
| **No. membre** |  |

**Plan de projet pour l’auto-inspection (PPAI)**

**Personne visée :** L’outil d’auto-inspection PPAI vise le pharmacien ayant des fonctions administratives en pharmacie ou une pratique non traditionnelle. *Par exemple : chef de département, pharmacien propriétaire, pharmacien gestionnaire en établissement de santé ou en pratique communautaire, pharmacien préparateur (centrale de préparation d’ordonnances ou de produits stériles), pharmacien consultant (centre d’information pharmaceutique), etc.*

**Objectif :** Démontrer et illustrer votre démarche appliquée dans l’élaboration et la mise en place d’un projet en lien avec les soins et services pharmaceutiques dans votre milieu de pratique. À l’aide d’un exemple concret et propre à votre environnement et vos fonctions mettez en évidence l’intégration des standards de pratique apportez par votre projet.

**Méthode :** Sélectionner un projet organisationnel ou clinico-administratif pour lequel *vous êtes personnellement responsable* des résultats dans le cadre de vos activités professionnelles. Répondre au court questionnaire suivant dans l’objectif de mettre en perspective votre démarche afin d’illustrer les moyens et la méthode que vous avez développés dans le but d’assurer une offre de soins et de services pharmaceutiques en lien avec les standards de pratique. *Exemple de projets : amélioration des installations au laboratoire, étude et analyse de la charge de travail, télépharmacie, organisation d’une offre de soins et services pharmaceutiques pour l’aide médicale à mourir, évaluation d’un médicament pour le comité de pharmacologie, etc.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet** |  |
| **Contexte** (Nouveau projet, projet en cours, en implantation, en évaluation, en révision) |  |
| **En quoi consiste le projet et pourquoi l’avez-vous choisi ?** |  |
| **Quels sont les objectifs du projet ?** |  |
| **Quel est l’impact de votre projet sur votre offre de soins ou services pharmaceutiques ?** |  |
| **Illustrez la valeur ajoutée de ce projet pour le patient, les patients ou un groupe de patient :** |  |
| **Illustrez la valeur ajoutée de ce projet par rapport aux standards de pratique de l’Ordre et/ou au circuit du médicament :** | *Vous pouvez vous référer au « Guide d’application des standards » et au « Schéma du circuit du médicament » disponibles sur le guide.standards.opq.org* |
| **Quelle est votre implication dans le cadre de ce projet ? (Rôles, responsabilités, etc.)** |  |
| **Qui sont les parties prenantes du projet, les personnes impliquées ? (Nom des différents intervenants et leur rôle)** |  |
| **Quels sont les phases du projet et l’échéancier prévu ?** |  |
| **Quels sont les contraintes et les risques liés au projet et comment comptez-vous les mitiger ?** |  |
| **Quelles sont les mesures planifiées pour évaluer l’impact de ce projet ? (Quoi, quand, comment)** |  |