



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC
Présent pour vous

DOCUMENT PRÉPARATOIRE

Inspection sur l'organisation du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques en pharmacie communautaire

NOM DU PHARMACIEN (NO DE MEMBRE)
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT ()
ADRESSE

NO DOSSIER

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

POUR CONSULTATION SEULEMENT

Direction des services professionnels

Inspecteur :

Date de l'inspection :

Renseignements généraux sur la pharmacie

1. Nom de la chaîne ou de la bannière :
2. Nombre d'heures d'ouverture par semaine : _____
3. Quelles sont les heures d'ouverture de la pharmacie ?
Dimanche :
Lundi :
Mardi :
Mercredi :
Jeudi :
Vendredi :
Samedi :
4. Vous êtes propriétaire (associé) de cette pharmacie depuis quand ?
5. Décrivez votre clientèle (âge, statut économique, etc.) :
6. Listez chaque pharmacien travaillant à la pharmacie et inscrivez dans l'ordre suivant : son nom, son numéro de membre de l'Ordre, son nombre d'heures travaillées par semaine, s'il est propriétaire ou salarié et ses responsabilités (pharmacien-chef, responsable d'un secteur, aucune responsabilité, etc.) :

7. Nombre d'heures total travaillées par les pharmaciens chaque semaine : _____
8. Nombre d'heures total travaillées par les ATP chaque semaine : _____
9. Statistiques des ordonnances :
 - Chaîne de travail (comptoir)
 - i. Moyenne quotidienne des ordonnances en semaine : _____
 - ii. Moyenne quotidienne des ordonnances la fin de semaine : _____
 - Outils d'aide à l'administration (OAA) (piluliers, sachets, etc.)
 - i. Nombre d'ordonnances total par semaine : _____

Équipements et technologies disponibles à la pharmacie

10. Indiquez le nom du logiciel de gestion de dossiers utilisé à la pharmacie :
11. Si vous utilisez de l'équipement automatisé (par exemple, robot), précisez :
12. Précisez les autres équipements ou technologies qui sont utilisés (par exemple, logiciel de gestion clinique) :

Soins et services

13. Y a-t-il d'autres professionnels qui travaillent à la pharmacie ?
- Oui
 Non
14. Dans l'affirmative, indiquez dans l'ordre suivant : le type de professionnel, le nombre de jours travaillés par semaine et le type d'activités réalisées :
- _____
- _____
15. Indiquez les établissements pour lesquels des soins et services pharmaceutiques sont rendus, que vous ayez ou non un contrat avec ceux-ci :
- Centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD)
 CLSC
 Centres de détention
 Ressources intermédiaires (Pavillon, famille d'accueil)
 Maisons de soins palliatifs
 Résidences privées pour aînés
 Autres pharmacies (préparations magistrales, OAA, etc.)
 Dispensaires
 Centres de désintoxication
 Autres, précisez

16. Combien de patients reçoivent leur thérapie sous forme d'outils d'aide à l'administration (OAA) (piluliers, sachets, autres) ? _____

17. Type d'hébergement de ces patients :

- À domicile
- Résidence privée pour aînés
- Ressource intermédiaire
- Autres (centre jeunesse, centre de détention, dispensaire, CHSLD, etc.)

18. Les OAA sont préparés :

- à l'externe (centrale de préparation)
- à la pharmacie

19. Décrivez les soins et services pharmaceutiques offerts à votre pharmacie et ceux que vous aimeriez développer à court ou moyen terme :

20. Avez-vous apporté des changements dans la dernière année au niveau de l'organisation du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques ? Si oui, lesquels ?
