

Exigence pour l'évaluation et la reconnaissance des acquis pour le cours
Préparation des produits - Préparation magistrale non-stérile

Liste de vérification pour la préparation magistrale non stérile

Nom du candidat (en caractères d'imprimerie):

Numéro d'identification de l'ORP : _____

Établissement d'enseignement auquel l'étudiant passera l'examen ERA :

Devoir : Les participants doivent préparer un mélange non stérile de façon sécuritaire et précise, selon une fiche de formule maîtresse prédéterminée, en insistant sur l'efficacité, les bonnes pratiques en matière de préparation et les lignes directrices du Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIDMUT).

Critères d'évaluation	Compétences démontrées	Compétences non démontrées	Initiales de l'étudiant	Initiales de l'évaluateur
Ingrédients – a sélectionné les bons ingrédients				
Équipement – a sélectionné le bon équipement				
Calculs – a calculé avec exactitude les quantités dispensées, préparées, pesées et mesurées				
Préparation de l'opérateur – s'est bien lavé les mains et a respecté les exigences vestimentaires				
Technique – a vérifié deux fois les poids et les mesures avant d'ajouter les ingrédients au mélange; a préparé le produit conformément à la formule et au protocole				
Conditionnement – a sélectionné un contenant d'une taille et d'un type appropriés				

Exigence pour l'évaluation et la reconnaissance des acquis pour le cours
Préparation des produits - Préparation magistrale non-stérile

Étiquetage – a préparé une étiquette et des étiquettes auxiliaires appropriées				
Produit fini – s'est assuré de l'élégance pharmaceutique				
Vérification finale – a effectué la vérification finale en vérifiant le caractère approprié du produit par rapport à l'ordonnance				
Documentation – a rempli les documents nécessaires				
Nettoyage – a nettoyé comme il se doit la zone de préparation et l'équipement				

Réalisation de l'évaluation

Signature de l'évaluateur: _____

Nom et titre (en caractères d'imprimerie): _____

Numéro de téléphone (poste d'affaires) : _____

Numéro d'identification de l'organisme de réglementation de la pharmacie: _____

Date de l'évaluation: _____

Nom et adresse de la pharmacie (ou autre site) où l'évaluation a eu lieu :
