

Formulaire de demande de pratique en collaboration

Profil de l'auteur de la demande

NOM DU PHARMACIEN :	NUMÉRO D'IMMATRICULATION :	
ADRESSE POSTALE À DOMICILE :		
EMPLOYEUR ACTUEL :		
ADRESSE POSTALE AU TRAVAIL :		
NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :		
À DOMICILE :	AU TRAVAIL :	CELLULAIRE :
ADRESSE ÉLECTRONIQUE :		

La pratique en collaboration aura un rapport avec

Genre de pratique :

Genre de service :

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Médecine générale</td></tr> <tr><td>Soins pédiatriques</td></tr> <tr><td>Soins gériatriques</td></tr> <tr><td>Services chirurgicaux</td></tr> <tr><td>Services psychiatriques</td></tr> <tr><td>Autre (Précisez) :</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Médecine générale	Soins pédiatriques	Soins gériatriques	Services chirurgicaux	Services psychiatriques	Autre (Précisez) :		ET / OU	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Affections cutanées</td></tr> <tr><td>Troubles nutritionnels</td></tr> <tr><td>Santé des hommes</td></tr> <tr><td>Santé des femmes</td></tr> <tr><td>Autre (Précisez)</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Affections cutanées	Troubles nutritionnels	Santé des hommes	Santé des femmes	Autre (Précisez)	
Médecine générale															
Soins pédiatriques															
Soins gériatriques															
Services chirurgicaux															
Services psychiatriques															
Autre (Précisez) :															
Affections cutanées															
Troubles nutritionnels															
Santé des hommes															
Santé des femmes															
Autre (Précisez)															

La pratique en collaboration se fera dans

Hôpital	Communauté	Établissement de soins de longue durée
Centre médical	Réseau de soins primaires	Autre (Précisez)

Vous êtes praticien depuis

Moins de 2 ans	2-5 ans	6-9 ans	10 ans ou plus
----------------	---------	---------	----------------

Formation

Dressez la liste de toutes les stratégies de formation et de perfectionnement professionnel que vous avez choisies en vue de développer votre aptitude à pratiquer en collaboration et donnez les renseignements demandés. (Ajoutez une page au besoin.)

1. Éducation institutionnelle liée à la pharmacie après le baccalauréat ès sciences (pharmacie) (Ex. : maîtrise ou doctorat en pharmacie, résidence en pharmacie hospitalière)

Nom du cours	Établissement et lieu	Date de début	Date d'achèvement	Spécialité (s'il y a lieu)

2. Stages (en cours ou terminés) qui ne font pas partie d'une éducation institutionnelle

DATES :	
NOM ET POSTE DU MAÎTRE DE STAGE :	
N° DE TÉLÉPHONE :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :
ADRESSE POSTALE :	

DATES :	
NOM ET POSTE DU MAÎTRE DE STAGE :	
N° DE TÉLÉPHONE :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :
ADRESSE POSTALE :	

DÉCRIVEZ LE STAGE (1 000 mots ou moins)

3. Perfectionnement professionnel continu (PPC) et autre formation et/ou certificats en rapport avec la pratique en collaboration

Veillez soumettre le formulaire M où sont notées les activités d'apprentissage que vous avez suivies au cours des deux dernières années et qui se rapportent directement au développement des connaissances et compétences utiles à la pratique en collaboration.

4. Expliquez comment les connaissances, compétences et aptitudes acquises pendant votre formation vous ont préparé à la pratique en collaboration (1 000 mots ou moins).

Dans votre réponse, vous devez :

- décrire clairement les connaissances, compétences et aptitudes acquises lors de votre formation qui se rapportent à la pratique en collaboration (RAPPORT);
- décrire clairement l'impact ou l'avantage de ce que vous avez appris et mis en pratique pour la pratique en collaboration (AVANTAGE).

Expérience et pratique

A. Donnez une description générale de votre pratique actuelle (1 000 mots ou moins).

Dans le cadre de votre réponse, assurez-vous de toucher les points suivants :

1. Donnez une brève description de la pharmacie où vous travaillez et de votre rôle dans cette pharmacie.
2. Comment avez-vous accès aux dossiers et aux renseignements sur les clients?
3. Quels systèmes vous permettent de suivre les soins au client et de les consigner au dossier?
4. Comment assurez-vous la continuité des soins?
5. Comment assurez-vous la confidentialité?
6. Comment avez-vous conçu votre pratique pour maximiser la sécurité du client?
7. Comment notez-vous les renseignements sur les clients de façon à faciliter le partage, la facilité d'accès et l'extraction des renseignements sur les clients par des personnes autorisées, par exemple, d'autres dispensateurs de soins de santé qui soignent le client ou un pharmacien qui vous remplace?

B. Quand vous accueillez un nouveau client, décrivez votre façon de recueillir les données pertinentes, de l'évaluer, de constater des soins insatisfaisants, d'établir un plan d'intervention et de suivi (1 000 mots ou moins).

Rapports professionnels de collaboration

Vous devez présenter une attestation de rapports professionnels de collaboration (voir Demande d'attestation de rapports professionnels de collaboration) provenant du membre d'une profession de la santé réglementée avec lequel vous collaborerez.

S'il s'agit d'un groupe, le chef d'équipe peut signer au nom du groupe à condition que tous les membres du groupe soient d'accord; autrement, chaque personne doit signer une attestation.

Donnez les coordonnées des auteurs des attestations.

NOM :	TITRE :
NOM DE SON ORGANISATION :	
ADRESSE DE L'ORGANISATION :	
RÔLE DE CE COLLABORATEUR :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE LE JOUR :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :
TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE COLLABORATION :	

NOM :	TITRE :
NOM DE SON ORGANISATION :	
ADRESSE DE L'ORGANISATION :	
RÔLE DE CE COLLABORATEUR :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE LE JOUR :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :
TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE COLLABORATION :	

Partenariat de collaboration

En 1 000 mots ou moins, décrivez comment vous avez développé un partenariat de collaboration et y avez participé. Dites comment vous répondez aux quatre critères d'un partenariat de collaboration.

«Un partenariat de collaboration désigne des rapports entre deux ou plusieurs membres d'une profession de la santé réglementée, qui sont établis en vue de :

- faciliter la communication,
- déterminer des objectifs communs de traitement qui conviennent au client,
- partager des renseignements utiles en matière de santé et
- établir les attentes de chaque participant quand il s'agit d'un client commun.»

Numéro de téléphone

Veillez donner un numéro de téléphone où un membre pourrait vous joindre s'il avait des questions au sujet d'une ordonnance que vous avez rédigée.

Attestation

J'atteste qu'à ma connaissance, tous les renseignements sur la présente demande et tous les renseignements fournis à l'appui de la présente demande sont vrais et exacts.

SIGNATURE

DATE