

**AVIS CONSEILLER DE STAGE
EN VUE DE L'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE**

| |
|-----------------------------------|
| NOM ET PRENOM DU PHARMACIEN |
| ADRESSE DE L'OFFICINE |

- Indiquer vos observations suite à l'examen du questionnaire et suite à la visite de l'officine -

1 / LE PHARMACIEN (OU L'EQUIPE OFFICINALE)

Formation continue suivie par le ou les pharmaciens titulaires :

.....
.....

Formation continue suivie par les collaborateurs :

.....
.....

2 / LA PHARMACIE

Officine, structure d'accueil du stagiaire : *Très satisfaisante* *Satisfaisante* *Non satisfaisante*

Organisation du préparatoire :

.....
.....

Conformité des registres obligatoires :

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| REGISTRE COMPTABLE DES MEDICAMENTS DERIVES DU SANG | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| REGISTRE D'ENTREE ET DE CONTROLE DES MATIERES PREMIERES | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ORDONNANCIER DES STUPEFIANTS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| REGISTRE COMPTABLE DES STUPEFIANTS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Commentaires :

.....
.....

Moyens mis à la disposition du stagiaire :

| | | | |
|------------------------|--|---|---|
| DOCUMENTATION | <input type="checkbox"/> <i>Très satisfaisante</i> | <input type="checkbox"/> <i>Satisfaisante</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisante</i> |
| INFORMATIQUE | <input type="checkbox"/> <i>Très satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> |
| MATERIEL : | <input type="checkbox"/> <i>Très satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> |
| COLLECTION DE PLANTES: | <input type="checkbox"/> <i>Très satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Satisfaisant</i> | <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> |

Commentaires :

.....
.....

3/ L'EXERCICE OFFICINAL

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| MISE EN PLACE DE PROCEDURES QUALITE A L'OFFICINE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ELABORATION DE L'OPINION PHARMACEUTIQUE | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| RESPECT DE LA CHAINE DE FROID (<i>contrôle des températures</i>) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Commentaires :

.....
.....

4/ LES MOTIVATIONS PEDAGOGIQUES ET DISPONIBILITE

.....
.....
.....

AVIS FAVORABLE

AVIS DEFAVORABLE

SIGNATURE DU CONSEILLER :