# Slutrapport för Tillämpad apoteksfarmaci/Verksamhetsförlagd utbildning - handledare

Studentens namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Praktikapoteket:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handledarens namn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denna rapport fylls i efterhand som studenten uppnår de olika delmålen i kursen Tillämpad apoteksfarmaci och fungerar även som intyg på fullgjord praktik. Rapporten postas till kursansvarig på universitetet i slutet av praktikperioden. En kopia lämnas till studenten.

Postadress:

”Praktiken”  
Institutionen för farmaci  
Box 580  
751 23 UPPSALA

**Ange om varje enskilt delmål är uppfyllt genom att sätta ett kryss i rutan för Ja eller Nej. Kommentera eventuellt studentens framsteg.**

**VARUHANTERING**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studenten har uppnått målet att ha:** | **JA** | **NEJ** |
| kännedom om varuhanteringens olika moment |  |  |
| kännedom om riktlinjer för sortiment och lagerhållning |  |  |
| god sortimentskunskap |  |  |

**Kommentar:**

**RECEPTEXPEDITION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studenten har uppnått målet att:** | **JA** | **NEJ** |
| anpassa receptexpeditionen efter individens behov och önskemål |  |  |
| hantera olika typer av recept samt rutiner för expediering av dessa |  |  |
| utföra författningsmässig, farmakologisk och teknisk kontroll vid receptexpedition |  |  |
| bedöma rimligheten i ordinationen med avseende på mängd, styrka och dos |  |  |
| identifiera interaktioner, bedöma och hantera dem på ett, för situationen, korrekt sätt |  |  |
| kunna regelverket och rutinerna vid utbyte av läkemedel, samt kunna förklara dessa rutiner för kund |  |  |
| anpassa informationen utifrån kundens behov och önskemål |  |  |
| förvissa sig om att kunden kan använda läkemedlet på rätt sätt |  |  |
| agera vid felaktigheter på recept |  |  |
| kunna rutiner vid incidenter och felexpeditioner |  |  |

**Kommentar:**

**EGENVÅRDSEXPEDITION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studenten har uppnått målet att:** | **JA** | **NEJ** |
| kunna anpassa egenvårdsexpeditionen efter individens behov och önskemål |  |  |
| genom dialog kunna ta reda på individens behov |  |  |
| utifrån kundens behov kunna ge information, råd och/eller rekommendationer |  |  |
| ha god sortimentskunskap |  |  |
| kunna bedöma när en person skall hänvisas till sjukvården |  |  |
| kunna erbjuda kunden förebyggande råd |  |  |
| kunna informera om livsstilsfaktorers påverkan på hälsan |  |  |

**Kommentar:**

**KOMMUNIKATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Studenten har uppnått målet att:** | **JA** | **NEJ** |
| visa förmåga att möta individer på ett respektfullt, förtroendeingivande och empatiskt sätt |  |  |
| visa god förmåga att ta reda på kundens behov genom att ställa adekvata frågor och lyssna på kunden |  |  |
| visa god förmåga att anpassa sin kommunikation till varje enskild person |  |  |
| visa förmåga att demonstrera hjälpmedel för kunden |  |  |
| visa god förmåga att samarbeta med kollegor och andra professioner inom hälso- och sjukvården |  |  |
| visa ansvarskänsla och noggrannhet i arbetet |  |  |
| visa känsla för etik, säkerhet och sekretess vid kundkommunikationen |  |  |

**Kommentar:**

## ÖVRIGT

## Godkänd på recepttestet:

## Godkänd på egenvårdstestet:

## Har planerat och genomfört en informationsaktivitet på apoteket:

**Har studenten fått inblick i andra farmaceutiska verksamheter? Vilka?**

Ange antal dagar för varje verksamhet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sjukhusapotek |  | Kundcenter |  |
| Större apotek |  | Distansapotek |  |
| Mindre apotek |  | Annat…………………………… |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Studiebesök? |  |
| Eventuella kommentarer: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Slutbedömning:**

**Jag rekommenderar att studenten blir godkänd på kursen Tillämpad apoteksfarmaci:**

Ja □ Nej □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Omdöme (här kan du skriva om hur studenten fungerat i arbetet):**

Datum: …………………

Underskrift: ……………………………………………. Underskrift: ……………………………………………………….  
(handledare) (apotekschef)