

## Attestation d'activités bénévoles : Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière

A remplir par **deux** personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle	<u>Nous soussigné(e)s :</u>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle
.....			Nom	.....		
.....			Prénom	.....		
.....			Agissant en qualité de	.....		
.....			(fonction)	.....		

**Identification de l'organisme gestionnaire** Cachet

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu.....

**Identification de la structure d'accueil (si différent)** Cachet

Dénomination : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pour une association, date de création ..... / ..... / ..... Lieu.....

Certifions que :  M  Mme  Mle

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à (département de naissance) .....

Demeurant à : .....

.....

a exercé une fonction bénévole de .....

depuis le ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... A temps plein (1) A temps partiel (1): ..... %

(1) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention des deux responsables de l'association ou de l'organisme d'accueil.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat. Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation. Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période, .....(nom) ..... (prénom) a exercé les activités suivantes liées au diplôme **de préparateur en pharmacie hospitalière** :

**Délivrance de médicaments et de dispositifs médicaux / approvisionnement et gestion des stocks**

	Oui	Non
- Vérification technique et réglementaire de l'ordonnance ou de la demande de médicaments quelle que soit leur qualité		
- Calcul des quantités à délivrer et des doses à préparer par unité de soins et par patient		
- Contrôle de l'intégrité des conditionnements des dispositifs médicaux stériles		
- Enregistrement manuel ou informatisé des informations de traçabilité, de facturation et ou d'imputation		
- Délivrance sous les différentes modalités en vigueur : globale, dispensation individuelle nominative, dispensation journalière individuelle nominative, rétrocession		
- Tenue des stocks et organisation des flux		
- Gestion des approvisionnements : commandes, livraisons, stocks		
- Gestion des demandes urgentes		
- Contrôle des dotations et des stocks dans les services de soins		

**Réalisation de conditionnements**

	Oui	Non
- Démarrage, surveillance et conduite des équipements de conditionnement		
- Mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets		
- Contrôle des conditions de conservation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits en PUI et dans les services de soins		

**Réalisation de préparations pharmaceutiques en milieu hospitalier**

	Oui	Non
- Gestion des matières premières et des articles de conditionnement		
- Réalisation de l'ensemble des opérations préalables à la préparation		
- Calcul des quantités et des doses avec vérification à partir de la prescription validée		
- Conduite des équipements : démarrage, réglage, surveillance, arrêt		
- Etablissement des documents de contrôle et de suivi et des étiquetages réglementaires		

**Conduite des opérations de préparation des dispositifs médicaux stériles**

	Oui	Non
- Habillage spécifique		
- Organisation et contrôle des étapes préalables à la stérilisation		
- Organisation et contrôle de la distribution et du stockage		

**Traçabilité, conseil et encadrement**

	Oui	Non
- Renseignement des différents supports de traçabilité selon la réglementation en vigueur		
- Recueil des déclarations d'incidents, traitement de l'information, transmission aux personnes responsables		
- Détection, enregistrement et signalement des non-conformités		
- Information et conseil sur le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux stériles		
- Conseils, explications, recommandations auprès des patients et des professionnels de santé à partir d'informations validées		

Pour chacun des deux responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil:

A :	Cachet	A :
Le :		Le :
Signature :		Signature :