

## Charte Expérimentation : Pharm 'Plaies

Date de l'expérimentation : .....

Outil mis à disposition par l'URPS : **PICTADERM**

Je soussigné(e) Docteur....., titulaire de la Pharmacie.

<b>Nom de la Pharmacie</b>	
<b>Adresse postale</b>	
<b>Téléphone professionnel</b>	
<b>Téléphone portable du pharmacien en charge de l'expérimentation</b>	
<b>Mail Professionnel</b>	
<b>RPPS</b>	
<b>ADELI</b>	

**Nombre de patients par jour moyen :**

**Type de pharmacie :**

- Rurale
- Centre commercial
- Quartier

**Tranche de CA :**

- <1.5
- 1.5<CA<2.5
- 2,5<CA<4
- >4

Assure que dans le cadre de son implication au sein de l'URPS Pharmaciens PACA,  
Je m'engage à participer à l'expérimentation de valorisation du rôle du pharmacien en soins primaires dans la prise en charge des problèmes dermatologiques (hors grains de beauté) :

**Pharm 'Plaies.**

- Je m'engage à suivre la procédure, la formation et à utiliser les outils qui me sont proposés.
  
- Je m'engage à fournir tous les éléments nécessaires à l'évaluation de l'action par l'URPS dans les délais impartis.
  
- Je m'engage à répondre à un questionnaire et à accorder un entretien de retour d'expérience d'une demi-heure à la coordinatrice de projet de l'URPS pharmaciens PACA.
  
- Je joins la feuille de recueil de données nécessaire à l'évaluation de l'expérimentation.

Fait à Marseille, le.....

Signature + Nom