

Service Pharmacie

**Annexe IV : Statistiques de satisfaction des ordonnances au niveau**  
du CSB .....  
1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> quinzaine du MOIS de..... année 20.....

A remplir chaque jour par l'Agent de la pharmacie du Centre de Santé de Base

DATE		Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Jour :	Journal :	TOTAL
<b>1) Nombre d'ordonnances prescrites au centre CSB :</b>																	
A/Nombre d'ordonnances aigues	TL																
	NTL																
B/Nombre d'ordonnances chroniques HTA/DIABETE	TL																
	NTL																
C/Nombre d'ordonnances chroniques autres maladies	TL																
	NTL																
<b>2) Nombre d'ordonnances prescrites d'autres structures :</b>																	
A/Nombre d'ordonnances chroniques HTA/DIABETE	TL																
	NTL																
B/Nombre d'ordonnances chroniques autres maladies	TL																
	NTL																
<b>3) TOTAL des ordonnances :</b>																	

Nom et Prénom de l'agent de la Pharmacie : .....

DATE : .....

Cachet et Signature du Médecin Responsable :

TL : Totalemment Livrées, NTL : Non Totalemment Livrées (partiellemment livrées ou non livrées), **Ordonnances aigues** : < 15 j de traitemment, **Ordonnances chroniques** : > 15 j de traitemment.