

Direction Régionale :

Annexe V : relevé mensuel de satisfaction globale des ordonnances de la pharmacie

.....
GSB ou HC ou
HR :

Mois de Année 20.....

A remplir par le pharmacien du groupement ou Hop de circonscription ou Hop régional

Les CSB rattachés :		CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	CSB....	TOTAL
1) Nombre d'ordonnances prescrites au CSB :											
A/Nombre d'ordonnances aiguës	TL										
	NTL										
B/Nombre d'ordonnances chroniques HTA/DIABETE	TL										
	NTL										
C/Nombre d'ordonnances chroniques autres maladies	TL										
	NTL										
2) Nombre d'ordonnances prescrites d'autres structures :											
A/Nombre d'ordonnances chroniques HTA/DIABETE	TL										
	NTL										
B/Nombre d'ordonnances chroniques autres maladies	TL										
	NTL										
3) TOTAL des ordonnances :											

Nom et Prénom de l'Opérateur :

DATE :

Cachet et Signature du Pharmacien responsable :

TL : Totalement Livrées, NTL : Non Totalement Livrées (partiellement livrées ou non livrées), **Ordonnances aiguës** : < 15 j de traitement, **Ordonnances chroniques** : > 15 j de traitement.