

**Annexe VI : Fiche de notification des médicaments manquants du programme
HTA-Diabète**

A remplir par le médecin CSB

Centre de Santé de Base (CSB) :

Rattaché à : Groupement de Santé de Base Hôp de Circonscription Hôp Régional

Nom et Prénom du Médecin :

Produit(s) manquant(s)/Dosage(s)	Motif(s)

Date.....

Cachet et Signature du Médecin

Cadre réservé à la Pharmacie de l'établissement

A remplir par le pharmacien

Nom et Prénom du Pharmacien :

Motif de la Rupture :

Mesure corrective au niveau de la Pharmacie :

OUI (1)

Justificatif

NON (2)

Courrier adressé à la Direction Régionale de la Santé pour :

Information (1)

Suivi (2)

Date.....

Cachet et Signature du Pharmacien