

ENQUÊTES SUR LA GESTION DES MEDICAMENTS DANS LES ZONES SANITAIRES

SECTIONS 5 SUR LES PRIX DES MEDICAMENTS LES PLUS COURAMMENT UTILISÉS

Numéro du questionnaire	Numéro Enquêteur [Chargé du suivi des stocks de médicaments]	No. Opérateur de saisie	No. Contrôleur	No. Superviseur
Id1. District sanitaire :		Id2. Département :		/ _ / _ /
1. Banikoara 2. Zogbodomey/Bohicon/Zakpota 3. Adjohoun/Dangbo/Bonou 4. Porto-Novo/ Sèmè-Kpodji/ Aguégues 5. Kouandé/ Pehunco/Kerou 6. Lokossa/Athiémé 7. Ouidah/Kpomassè/Tori 8. Covè/Ouinhi/Zangnanado 9. Savalou/Bantè 10. Savè/Ouèssè		/ _ / _ /	Id3. Commune :	/ _ /
			Id4. Arrondissement :	/ _ / _ /
			Id5. Quartier de ville/ village :	/ _ / _ /
			Id6. Nom et code du centre de santé concerné	/ _ / _ / _ /
Id 7 Type de milieu :		Urbain	1	Rural
			2	
Jour Mois Année Heure de début				
Id8 Date de la collecte dans les officines privées et sur le marché informel		/ _ / _ / V _ / _ / ^ 201 _ / / _ / _ / : / _ / _ /		
Id9 Date de la collecte au niveau du dépôt répartiteur		/ _ / _ / V _ / _ / ^ 201 _ / / _ / _ / : / _ / _ /		
Id10 Date de la collecte dans la formation sanitaire		/ _ / _ / V _ / _ / ^ 201 _ / / _ / _ / : / _ / _ /		

INSTRUCTIONS :

Cette section du module 7.1 est destinée à la collecte d'informations sur les prix des médicaments sur le marché parallèle, c'est-à-dire auprès des officines privées, du marché informel et de tout autre fournisseur local.

Bonjour, je m'appelle _____ et j'ai été mandaté par l'Institut de Recherche Empirique en Economie Politique (IREEP) et le Ministère de la Santé (pas nécessaire si secteur informel) afin de mener une enquête sur les prix des médicaments sur le marché dans le cadre d'une étude sur le financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé. La présente enquête vise à recueillir des informations auprès des fournisseurs potentiels de médicaments aux personnes vivant dans cette zone (ville/ village/ quartier/ etc.). Etant donné que votre profil répond à ce que nous recherchons, je vous prierai de bien vouloir me consacrer quelques minutes de votre précieux temps pour répondre à quelques préoccupations. Toute information que vous fournirez sera strictement confidentielle. Avez-vous des questions à poser sur l'enquête ?

Puis-je commencer l'entretien à présent ? OUI NON

Nom, prénom et Signature de l'enquêteur : _____

N°	5.1 Nom du médicament (en caractère d'imprimerie)		5.2 Unité (inscrire le code à partir de la liste)	5.2 Prix de cession unitaire des médicaments (en FCFA)				
	Désignation	Dosage		5.2. A. A l'étape de leur expédition à la zone sanitaire (CAME)	5.2. B. Au niveau du dépôt répartiteur de la ZS	5.2. C. Officine privée	5.2. D. Marché informel	5.2. E. Centre de santé échantillon
1			/	/	/	/	/	/
2			/	/	/	/	/	/
3			/	/	/	/	/	/
4			/	/	/	/	/	/
5			/	/	/	/	/	/
6			/	/	/	/	/	/
7			/	/	/	/	/	/
8			/	/	/	/	/	/
9			/	/	/	/	/	/
10			/	/	/	/	/	/
11			/	/	/	/	/	/
12			/	/	/	/	/	/
13			/	/	/	/	/	/
14			/	/	/	/	/	/
15			/	/	/	/	/	/

[illegible]

35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							

Jour Mois Année Heure de fin

Id11 Date de la collecte dans les officines privées et sur le marché informel	/__/__\V____\201__	/____:/____
Id12 Date de la collecte au niveau du dépôt répartiteur	/__/__\V____\201__	/____:/____
Id13 Date de la collecte dans la formation sanitaire	/__/__\V____\201__	/____:/____

Déclaration de l'enquêteur: Je certifie que ce questionnaire a été rempli conformément aux instructions reçues lors de la formation. Tout ce qui y est inscrit reflète effectivement les prix des produits qui m'ont été communiqués dans des officines privées/ dépôts et sur le marché informel situé aux environs de cette Formation Sanitaire.

Nom : **Prénoms :**

Signature : **Date :** ... / ... / ...

Nom du Contrôleur :	Signature :	Date : /__ /__ /201__
Nom du Superviseur :	Signature :	Date : /__ /__ /201__