Co

No de référence de CSI :

Date de réception :

**Formulaire Demande de médicaments**

**Programme « Colis sous le bras »**

***La demande doit être présentée au moins 15 jours avant la date de votre départ. Si la demande est acceptée, la date de récupération du colis vous sera communiqué par CSI.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Si vous n’arrivez pas à remplir ce document via le site Web directement, vous pouvez nous le faxer ou envoyer par la poste via l’adresse de CSI à Québec.*** | | | | | | | | |
| Informations générales | | | | | | | | |
| Pays de destination : Région :  Date de départ : **…… / …… / ……**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nombre de valises souhaités : | ouhaitées : \_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | | Personne responsable de la demande | | | | | | | | | | | | |
| Nom : |  |  | |  | | |  |
|  | Titre | Prénom | | Nom | | | Fonction |
| Adresse postale : |  |  | |  | | | | |
|  | Numéro | Rue | |  | | | |
|  |  |  | |  | | | |
|  | Ville |  | Code Postal | | | Pays | |
| Téléphone : | ( ) |  | Courriel / Fax ou site internet : | |  | | |
| Établissement de santé qui recevra la donation de médicaments | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom : |  | |  | |  | |  | Titre | Prénom |  | Nom | Fonction | | Adresse : |  | |  | |  | |  | Numéro | Rue |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | Ville | | Code Postal | | Pays | | Téléphone : | ( ) | | | Courriel, Fax ou site internet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Porteur (personne qui apportera les médicaments si différente du demandeur) | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom du porteur1 : |  |  | |  | |  | |  | Titre | Prénom | | Nom | | Fonction | | Adresse postale : |  |  | |  | | | |  | Numéro | Rue | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  | Ville |  | Code Postal | | Pays | | | | Téléphone : | ( ) |  | Courriel / Fax : |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | Mode de récupération des colis |   Récupération au bureau de CSI  **Ou** Livré par autobus **aux frais du demandeur**. Indiquez les coordonnées :   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom : |  |  | |  | |  | |  | Titre | Prénom | | Nom | | Fonction | | Adresse postale : |  |  | |  | | | |  | Numéro | Rue | |  | | | |  |  |  | |  | | | |  | Ville |  | Code Postal | | Pays | | | | Téléphone : | ( ) |  | Courriel / Fax : |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Contribution |

**Une contribution de 50$ CAN. / valise de médicaments est demandée.**

Modes de paiement acceptés :

Argent comptant, chèques, cartes de crédit Visa ou MasterCard.

Vous pouvez poster votre chèque libellé au nom de CSI.

Vous pouvez remettre le paiement en personne lorsque vous récupérez la ou les valises.

**Vous pouvez téléphoner à Michel Fournier à la comptabilité pour payer par carte de crédit.**

***Lors de vos suivis, toujours précisez le nom du pays destinataire et le nom du demandeur.***

|  |
| --- |
| Description de l’établissement de santé |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. La demande de médicament est   pour : | Hôpital | Dispensaire  Autre, précisez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Les médicaments demandés sont pour :

|  |  |
| --- | --- |
| Soins primaires | Maternité  Pédiatrie |
| Soins dentaires | Gynécologie  Dermatologie  Autre, précisez \_\_\_\_\_\_ |

1. Le bassin de population desservi par cet établissement est estimé à combien ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Les consultations** sont pour des :

Nouveau-nés  Enfants (0-5 ans)  Femmes  Femmes enceintes

Filles (+ de 5 ans) et adolescentes  Garçons (+ de 5 ans) et adolescents  Hommes

Personnes âgées  Autre(s), précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Quels sont les principaux problèmes de santé rencontrés par la population de la région :

|  |
| --- |
| 5.1 |
| 5.2 |
| 5.3 |
| 5.4 |
| 5.5 |

1. Précisez les principaux domaines d’intervention en soins de santé de cet établissement :

|  |
| --- |
| 6.1 |
| 6.2 |
| 6.3 |

1. Le personnel médical compte **combien** de :

|  |
| --- |
| Médecins: |
| Infirmiers/ infirmières: |
| Pharmaciens/ Pharmaciennes: |
| Autres: |

1. **Les médicaments**

Où sont-ils entreposés : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Est-ce un local fermé sous clé :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qui sera responsable sur place des médicaments donnés par CSI :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quel(s) sont les fournisseurs en médicaments de l’établissement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Personne(s) responsable(s)** de l’établissement et coordonnées : remettre les noms, prénoms et titres professionnels d’au moins deux personnes responsable au sein de l’établissement. Cela peut être la direction et un chef de service.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Titre professionnel et/ou fonction |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Description de la mission |

1. Combien de personnes participent à cette mission ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Quelle est la durée de votre mission ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Quels sont les objectifs de mission ?

|  |
| --- |
| 4.1 |
| 4.2 |
| 4.3 |
| 4.4 |

1. Quel est votre expertise professionnelle (ou secteur d’études si vous êtes en formation) :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Espace réservé à CSI S.V.P Ne pas écrire ici**

Commentaire de la **direction** CSI :

Commentaire du **pharmacien** responsable CSI :

- **ENGAGEMENT À REMETTRE LE RAPPORT DE MISSION –**

Je, soussigné/e, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (votre prénom et nom), déclare être la personne responsable de la demande pour \_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre) colis de médicaments et être responsable du bon acheminement.

Ma demande est faite auprès de Collaboration Santé Internationale – CSI - le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (date), pour un départ en mission le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (pays de destination).

Suite à cette donation, je reconnais l’importance de transmettre à CSI un rapport de mission détaillé. Je comprends la nécessité d’évaluer, pour chaque colis de médicaments reçu, l’impact que peut avoir la donation sur les populations démunies des pays en voie de développement.

Je confirme avoir reçu le formulaire ‘’Rapport de Mission’’ de CSI en même temps que le formulaire de demande de colis.

Je m’engage à faire parvenir à Collaboration Santé Internationale - organisme donateur des médicaments - un rapport de suivi dans les 3 mois suivants la remise en main propre, auprès du ou des bénéficiaires, de ces médicaments.

En cas de non-respect de cet engagement, je comprends et prends acte que Collaboration Santé Internationale sera en droit de me refuser le don lors d’une prochaine demande de valises de médicaments.

Signé par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En date du : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(votre nom en toutes lettres)

SIGNATURE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# COLLABORATION SANTÉ INTERNATIONALE

**1001, chemin de la Canardière**

**Québec, QC G1J 5G5**

**Tél. : 418 522 6065 Télec. : 418 522 5530**

**Courriel :** [csi@csiquebec.org](mailto:csi@csiquebec.org)

****www.csiquebec.org**