

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
PAIX - TRAVAIL - PATRIE

.....

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON  
PEACE – WORK – FATHERLAND

.....

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

### POS 10 - Outil 1 : Fiche de réclamation/retour

#### a) *A quoi sert l'outil?*

Il sert à consigner toutes les revendications, les anomalies qualitatives (médicaments périmés ou avec des dates de péremption proches, détériorés ou de mauvaise qualité) et les anomalies quantitatives (médicaments manquants ou livrés en quantité supérieure/inférieure, et observations non conformes constatées lors des livraisons).

#### b) *Responsabilité*

Le responsable de la structure livrée (CENAME, CAPR/FRPS, FOSA).

#### c) *Où trouve-t-on l'outil ?*

Dans les pharmacies des structures de santé, magasins de stockage des médicaments, au niveau des CENAME et des CAPR.

#### d) *Quand remplir l'outil ?*

Au constat d'une anomalie à l'issue d'une livraison/réception des médicaments et à l'issue des inventaires et au quotidien Cf. POS 10.

#### e) *Présentation de l'outil (= description d'ensemble)*

La fiche de réclamation/retour est organisée en trois parties :

- Une première partie qui permet de consigner les informations relatives :
  - à l'identification de la structure émettrice de la réclamation ;
  - à l'identification du fournisseur ;
  - à la réclamation : numéro du bordereau de livraison, numéro de facture, et date de la réclamation ;
- Une grille de rapportage réservée à la consignation des informations relatives aux produits pharmaceutiques faisant l'objet de la réclamation ;
- Une troisième partie dédiée aux signatures des responsables.

#### f) *Instructions de remplissage (= description fonctionnelle)*

- Inscrire dans les champs appropriés de la première partie :
  - Les informations relatives à l'identification de la structure émettrice : Région, District de Santé, Aire de santé, Nom de la structure ;
  - Le nom du fournisseur ;
  - Les informations relatives à la réclamation : Numéro du Bordereau de livraison (N° BL), numéro de la facture (N° Facture) et la date de la réclamation.
- Dans la grille de rapportage, une ligne par produit retourné :
  - Colonne « **Désignation** », inscrire les informations relatives au produit retourné : Nom (DCI), Dosage, Forme galénique, Conditionnement ;
  - Colonne « **Numéro de Lot** », inscrire le numéro de lot du produit sujet de la réclamation ;
  - Colonne « **Date de Péremption** », inscrire la date de péremption du lot considéré ;
  - Colonne « **Quantité rejetée** » (**QRej**), inscrire les quantités à retourner ;


- Colonne « **Prix Unitaire** » (**PU**), transcrire le prix unitaire pour chaque produit si applicable ;
  - Colonne « **Prix Total** » (**PT**), calculer et inscrire le prix total de chaque produit, selon la formule :  

$$PT = Qrej \times PU$$
  - Colonne « **Observations** », porter la nature de la réclamation (péréemption, avarie, qualité/quantité non conforme...);
  - Dans les champs appropriés de la partie dédiée aux signatures :
    - Après s'être assuré de l'exactitude des informations reportées le responsable de la structure inscrit son nom et appose sa signature ;
    - Après s'être assuré de l'exactitude des informations reportées, le fournisseur inscrit son nom et appose sa signature.
- NB : La fiche de réclamation produite en 2 exemplaires dont une sera envoyée au fournisseur afin que des mesures correctives (avoir ou compensation en produits) soient prises.*

g) *Archivage*

- Archiver le document avec le PV de réception dans le chrono d'archivage des documents du cycle de réapprovisionnement de la structure ;
- Pendant 10 ans.

h) *Modèle (illustration du canevas)*

| REPUBLIC OF CAMEROON<br>PEACE – WORK – FATHERLAND<br>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH |             |  |                           | REPUBLIC OF CAMEROON<br>PEACE – WORK – FATHERLAND<br>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH |               |                     |                  |                              |            |              |
|--|-------------|--|---------------------------|--|---------------|---------------------|------------------|------------------------------|------------|--------------|
| <b>FICHE DE RECLAMATION/RETOUR</b>   |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| Région _____   |             |  | Aire de Santé _____       |  |               | Fournisseur _____   |                  | Date de la réclamation _____ |            |              |
| District de Santé _____  |             |  | Nom de la Structure _____ |  |               | N° BL _____         |                  | N° de Facture _____          |            |              |
| N° d'ordre   | Désignation |  |                           |  | Numéro de Lot | Date de Péréemption | Quantité Rejetée | Prix Unitaire                | Prix Total | Observations |
|  | NO          | Nom (DCI)  | Dosage                    | Forme Galénique  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 1  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 2  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 3  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 4  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 5  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 6  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 7  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 8  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 9  |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 10   |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 11   |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |
| 12   |             |  |                           |  |               |                     |                  |                              |            |              |

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Nom et Signature du Responsable de la Structure Sanitaire | Nom et Signature du Fournisseur |
|---|---------------------------------|