

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
PAIX - TRAVAIL - PATRIE

.....

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON
PEACE – WORK – FATHERLAND

.....

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

POS 03 - Outil 4 : Bon de commande des antirétroviraux et MIO

a) A quoi sert l'outil ?

Il sert à exprimer les besoins en quantité et en qualité de médicaments antirétroviraux et MIO dont la structure utilisatrice a besoin pour une période donnée.

b) Responsabilité

Le responsable de la gestion de stock des médicaments.

c) Où trouve-t-on l'outil ?

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

d) Quand remplir l'outil ?

Au moment de la passation de commande :

- Niveau CAPR : trimestriellement ;
- Niveau FOSA : mensuellement.

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

Le bon de commande des antirétroviraux est composé de trois parties :

- Une première partie qui permet de consigner les informations relatives à l'identification de la structure, la période de couverture, la date de passation de la commande et le numéro du bon de commande ;
- Une grille de rapportage réservée à la consignation des données relatives aux médicaments à commander ;
- Dans les champs appropriés de la partie dédiée aux signatures :
 - Le Responsable de l'UPEC s'assure de l'exactitude des informations enregistrées, inscrit son nom et appose sa signature ;
 - Le coordonnateur du GTR appose son visa.

f) Instructions de remplissage (= description fonctionnelle)

Au niveau de la structure :

- Incrire dans les champs appropriés de la première partie :
 - Les informations relatives à l'identification de la structure : Région, District de Santé, Aire de santé, Nom de la structure ;
 - les informations relatives à la commande : Période de couverture, Date de commande, Numéro du bon de commande (N° BC).
- Dans la grille de rapportage, une ligne par produit commandé :
 - Colonne « **Numéro d'ordre** », le numéro d'ordre est pré-rempli ;
 - Colonne « **Désignation** », inscrire les informations relatives à la désignation du produit : Nom (DCI), Dosage, Forme galénique, Conditionnement ;
 - Colonne « **File Active** », noter le nombre de patients recevant le produit considéré ;

- Colonne « **Stock Disponible et Utilisable** » (SDU), transcrire le stock physique résultat de l'inventaire physique à la fin du mois précédent
Document consulté : la Fiche d'Inventaire.
- Colonne « **CMM ou Besoins Mensuels** », enregistrer :
 - Dans le cas des ARV, les besoins mensuels issus de la répartition des patients par protocole du mois précédent ;
 - Dans le cas des MIO, la Consommation Moyenne Mensuelle calculée selon la formule :

$$CMM = \frac{CM1 + CM2 + CM3}{3}$$

- Colonne « **Quantité Commandée** », inscrire la quantité à commander (QAC), calculée selon la formule :
Au niveau des UPEC,
 - dans le cas des ARV, $QAC = (Besoins\ mensuels \times 2) - SDU - En\ cours$
 - dans le cas des MIO, $QAC = SMax - SDU - En\ cours$
 « *En cours* » correspond à la quantité en cours de commande (non livrée au moment de la commande) ;
- Colonne « **Observations** », les commentaires éventuels.
- Dans les champs appropriés de la partie dédiée aux signatures :
 - Le responsable de la formation sanitaire s'assure de l'exactitude des informations enregistrées, inscrit son nom et appose sa signature ;
 - Le coordonnateur du GTR appose son visa.

Au niveau régional (CAPR) :

- Le CAPR renseigne dans la colonne « **Quantité livrée** », la quantité livrée.

g) Archivage

- Dans le chrono d'archivage des documents du cycle de réapprovisionnement de la structure.
- Pendant 10 ans.

h) Modèle (illustration du canevas)



BON DE COMMANDE DES ANTIRETROVIRAUX ET MIO

Région _____ Aire de Santé _____ Date de la commande _____
 District de Santé _____ Nom de la structure _____ N° BC _____
 Période de couverture du _____ au _____ Nombre de patients sous traitement _____

Numéro d'ordre	Code Produit	Désignation				File Active	Stock Disponible et Utilisable	CMM ou Besoins Mensuels	Quantité Commandée	Quantité Livrée	Observations
		N°	CP	Nom (DCI)	Dosage						
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											

Nom et Signature du Responsable de la Formation Sanitaire

Nom et Signature du Coordonnateur du GTR

