



# Programme de Partenariat Diflucan<sup>®</sup>

## Rapport de Progrès et Formulaire de Commande



## Instructions

Afin de demander un réapprovisionnement en Diflucan®, dans le cadre du Programme de Partenariat Diflucan, il vous faut avant tout remplir le rapport de progrès suivant, relatif à l'utilisation de votre dernier don en date. Une fois le rapport complété, vous pouvez passer une nouvelle commande.

Veuillez renvoyer votre formulaire dûment rempli à Direct Relief, par courriel, à [DiflucanPartnership@directrelief.org](mailto:DiflucanPartnership@directrelief.org).

Pour toute assistance éventuelle en rapport avec le remplissage de ce formulaire, veuillez contacter l'administrateur du Programme à [DiflucanPartnership@directrelief.org](mailto:DiflucanPartnership@directrelief.org) ou appeler Direct Relief-Afrique du sud au +27 (11) 351 1287.

Pour de plus amples informations concernant le Programme de Partenariat Diflucan, veuillez visiter [www.DiflucanPartnership.org](http://www.DiflucanPartnership.org).

### Note Technique\*

Pour lire, modifier et enregistrer vos données dans ce formulaire, vous devez utiliser les versions 8 ou ultérieures du logiciel gratuit Adobe Reader.

Visitez <http://get.adobe.com/reader/> pour télécharger la version la plus récente. Les données ne seront pas enregistrées correctement si vous utilisez une version plus ancienne que 8 et votre demande sera retardée.

### Partie 1: Coordonnées

Nom d'Organisation	<input type="text"/>		
Adresse 1	<input type="text"/>		
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

### Point de contact principal

Titre	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Position	<input type="text"/>				
Adresse 1	<input type="text"/>				
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel 1	<input type="text"/>		
Portable	<input type="text"/>	Courriel 2	<input type="text"/>		

### Partie 2: Période Couverte par ce Rapport

Date de Soumission de ce Rapport  
(JJ/MM/AAAA)

### Commande précédente

Date du dernier don reçu dans vos installations.  
(JJ/MM/AAAA)

### Ce Rapport

Veuillez indiquer la période au cours de laquelle la dernière commande a été utilisée

Le (JJ/MM/AAAA)

*Celle-ci doit être la date de fin de la période déclarée dans le rapport précédent.*

Au (JJ/MM/AAAA)

*Celle-ci doit être la date de fin de la période déclarée dans le présent rapport.*

### Partie 3: Envergure du Programme

Nombre de sites qui ont reçu le Diflucan lors du dernier don:

#### Liste des sites actifs

Veillez soumettre une liste de sites actifs dans le cadre du Programme de Partenariat Diflucan ensemble avec ce rapport de progrès. Vous pouvez demander le modèle de Liste de Sites à Direct Relief, ou fournir la liste en format Excel.

Ces détails minimums doivent être fournis: Nom du Site, Type d'Établissements, Région, District, Ville/ Village.

### Partie 4: Usage de produits

Veillez signaler la quantité de Diflucan utilisée pendant la période couverte par ce rapport. Entrez les données de tous les sites qui ont reçu le produit durant toute cette période.

Description du produit	Unité	Stock restant à la fin de la période du rapport précédent		Quantité distribuée aux sites		Produits expirés/ perdus/ endommagés	Quantité restante en stock
		Quantité reçue	Quantité utilisée	Quantité distribuée aux sites	Quantité utilisée		
<b>Diflucan®</b> 200mg 28 comprimés par Flacon	Comprimé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Diflucan®</b> Ampoule (IV) 2mg/ml par Flacon de 100ml	Flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Diflucan®</b> Suspension Oral Pédiatrique (SOP) 50mg/ml par Flacon 35ml	Flacon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Veillez expliquer tous produits perdus, endommagés, ou expirés. Vous pouvez aussi utiliser cet espace pour commenter sur les quantités énumérées ci-dessus:

### Partie 5: Résultats quantitatifs

Veillez fournir les informations suivantes sur le nombre total estimé d'adultes et d'enfants traités pour candidose œsophagienne (CO) et méningite à cryptocoques (MC), durant la période. Veillez aussi inclure la MC aigue et MC sous traitement d'entretien.

	ADULTES	ENFANTS	TOTAL
Nombre de patients <b>VIH-positifs</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de patients traités pour MC aigue	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de patients traités pour MC sous traitement d'entretien	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de patients traités pour CO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Partie 6: Commentaires

Veillez inclure tous les autres commentaires en rapport avec le lancement de votre programme ou les performances que vous pensez être pertinentes:

## Liste de Vérification

- Partie 1: Coordonnées, page 3**  
Cette section est complète si vous avez fourni les coordonnées de contact de la personne qui remplit ce formulaire et l'institution qui reçoit le Diflucan.
  
- Partie 2: Période Couverte par ce Rapport, page 3**  
Cette section est complète lorsque vous fournissez la période pendant laquelle le dernier don a été utilisé.
  
- Partie 3: Envergure du Programme, page 4**  
Cette section est complète lorsque vous incluez (ou fournissez dans un fichier séparé, pour les opérations de distribution à grande échelle) la liste des sites qui reçoivent le Diflucan.
  
- Partie 4: Usage de Produit, page 4**  
Cette section est complète lorsque vous déclarez, d'une part, la quantité entière des produits Diflucan utilisée depuis votre dernière commande et, d'autre part, lorsque vous donnez les raisons d'une éventuelle perte de produits, de leur endommagement ou expiration.
  
- Partie 5: Les Résultats Quantitatifs, page 5**  
Cette section est complète si vous avez fourni des chiffres exactes sur le nombre d'adultes et d'enfants qui ont été traités pour la méningite à cryptocoques et candidose oesophagienne.
  
- Partie 6: Résultats Qualitatifs, page 5**  
Facultatif. Remplir cette section peut aider Direct Relief à mieux comprendre les activités de votre programme.
  
- Suivant: Commande de Produits :**  
Merci de remplir ce rapport de progrès. Si vous désirez passer une commande, remplissez le Formulaire de Commande qui commence sur la page suivante. Si vous n'avez pas besoin des produits Diflucan pour le moment, veuillez sauvegarder votre Rapport de Progrès que vous venez de remplir et envoyez-le par courriel, en annexant tous les autres documents y affairant, à Direct Relief, [DiflucanPartnership@directrelief.org](mailto:DiflucanPartnership@directrelief.org).



## Partie 1: Commander les Produits

Commandez la quantité de Diflucan nécessaire pour le traitement de vos patients souffrant de méningite à cryptocoques et candidose oesophagienne. Vous pouvez voir les « Données d'estimation de besoin en produits » ou les « Lignes directrices de traitement de l'OMS » dans les annexes de ce formulaire (pages 13-14).

Indiquez le nombre de mois durant lesquels les produits demandés seront utilisés:

DESCRIPTION DU PRODUIT	UNITÉ	QUANTITÉ
<b>Diflucan®</b> 200mg 28 comprimés par Flacon	Flacon	<input type="text"/> = <input type="text"/> comprimés
<b>Diflucan® (IV)</b> 2mg/ml par Flacon de 100ml	Flacon	<input type="text"/>
<b>Diflucan®</b> Suspension Oral Pédiatrique (SOP) 50mg/ml par Flacon 35ml	Flacon	<input type="text"/>

### Envergure du Programme

Nombre de sites qui recevront les produits Diflucan provenant de cette commande:

Veuillez fournir une justification pour les quantités de produits Diflucan commandées. Utilisez la zone de texte ci-dessous ou joignez n'importe quel document explicatif qui puisse nous aider à mieux comprendre vos besoins exprimés ci-dessus.

## Partie 2: Coordonnées d'Expédition

**IMPORTANT!!** Veuillez remplir tous les renseignements avec soin, car ils seront repris sur les documents d'expédition.

### Destinataire/Consignataire (Obligatoire)

Destinataire/Consignataire est l'entité qui entre en possession des produits offerts à partir du port d'entrée dans le pays de destination (l'aéroport international indiqué dans votre rapport) et est responsable de tout le processus de dédouanement et de transport vers les installations de l'organisation bénéficiaire.

Nom de l'Organisation	<input type="text"/>		
Adresse 1	<input type="text"/>		
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

### Point de contact pour l'expédition

Titre	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Position	<input type="text"/>				
Address 1	<input type="text"/>				
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel 1	<input type="text"/>		
Portable	<input type="text"/>	Courriel 2	<input type="text"/>		

Aéroport International de votre préférence:



## Partie 2: Coordonnées d'Expédition (suite)

**IMPORTANT!!** Veuillez remplir tous les renseignements avec soin, car ils seront repris sur les documents d'expédition.

### Partie à notifier (facultatif)

Remplissez cette section seulement si vous avez un agent en douane en plus du consignataire. L'agence en douane recevra les copies des documents d'expédition en lieu et place du consignataire.

Nom de l'Organisation	<input type="text"/>		
Adresse 1	<input type="text"/>		
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel	<input type="text"/>

### Représentant de l'agence en douane

Titre	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>
Position	<input type="text"/>				
Adresse 1	<input type="text"/>				
Adresse 2	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>		
Ville	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>		
Téléphone	<input type="text"/>	Courriel 1	<input type="text"/>		
Portable	<input type="text"/>	Courriel 2	<input type="text"/>		

## **Partie 2: Coordonnées d'Expédition (suite et fin)**

### **Documentation Requise**

La documentation suivante sera fournie et accompagnera chaque expédition:

1. Facture Commerciale
2. Liste de Colisage
3. Certificat de Don
4. Certificat d'Analyse
5. Certificat d'Origine
6. Lettre de Transport Aérien (LTA)

Note: Tous les Documents sont en Anglais.

Veillez indiquer si des documents supplémentaires sont requis par l'autorité douanière dans votre pays:

Veillez indiquer si des instructions supplémentaires sont requises par l'autorité douanière dans votre pays:

### Partie 3: Conditions générales

**Ces Conditions générales s'appliquent à tous les dons de Diflucan, soit offert par le Programme de Partenariat Diflucan, donné directement par Pfizer Inc., soit offert par une entité désignée par Pfizer.**

Les produits Diflucan offerts à votre programme devraient être utilisés uniquement pour traiter les infections fongiques opportunistes de méningite cryptococcique et de la candidose oesophagienne des patients atteints du VIH/SIDA traités dans votre programme conformément aux instructions inscrits sur l'étiquette des produits approuvés ou en conformité avec les Directives de Traitement pour les Infections Opportunistes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Dans le mesure où les directives de l'usage des produits Diflucan pour le traitement des infections sus-citées seraient différentes de ce qui est inscrit sur l'étiquette approuvée, le médecin traitant sensé respecter ces directives endosse la responsabilité de l'utilisation éventuelle desdits produits. Ce produit est destiné à l'usage exclusif de traitement des maladies, des nécessiteux, ou des enfants et n'est limité qu'aux deux infections fongiques opportunistes indiquées ci-haut. Le don de Diflucan est à utiliser uniquement dans le cadre des conditions générales du Programme de Partenariat Diflucan ; les produits Diflucan offerts ne sont pas à vendre. Le Don de Diflucan doit être uniquement utilisé pour le traitement de ces infections des patients, des nécessiteux et des enfants.

Vous serez responsable de la gestion de vos stock de Diflucan, et vous devez vous assurer que les produits sont stockés dans un établissement verrouillé et sécurisé, distribués, dispensés, et utilisés conformément aux exigences réglementaires et aux exigences de stockage énoncées dans sur l'étiquette des produits. Vous devez également créer un fichier vérifiable sur l'utilisation de ces produits. Vous acceptez de soumettre des rapports périodiques et, sur demande raisonnable, de fournir au Programme de Partenariat Diflucan des informations supplémentaires concernant l'utilisation de Diflucan par votre programme ou votre institution. Vous pourrez être visité par un auditeur indépendant nommé par Pfizer pour procéder à la vérification de vos activités, et ce, à n'importe quel moment de vos activités.

La disponibilité des produits Diflucan dans le cadre de ce programme est sujette à l'approbation réglementaire dans le pays de destination avant toute importation. Dans des circonstances où le Diflucan n'est pas enregistré, votre programme devrait être en mesure à demander d'immatriculation temporaire ou d'importation. En outre, vous prendrez toute responsabilité du don de Diflucan à la livraison et vous devez vous occuper du dédouanement des produits Diflucan, c'est-à-dire payer toutes les taxes, prélèvements, ou d'autres frais y relatif. Direct Relief va mettre à votre disposition le certificat de don nécessaire en vue de faciliter l'obtention d'exonérations fiscales chaque fois qu'il y a lieu.

Veillez vous assurer que vos agents de santé qui prescrivent ou dispensent le Diflucan participent aux séminaires de formation offerts par le gouvernement ou par des organisations non-gouvernementales afin de faciliter l'utilisation appropriée des dons de Diflucan. Visitez [www.DiflucanPartnership.org](http://www.DiflucanPartnership.org) pour télécharger les modules de formation interactifs qui peut être utilisé comme matériel d'auto-formation ou incorporé dans les cursus de formation établies. Vous acceptez de vigoureusement prévenir, empêcher, détecter et signaler sans tarder toute tentative de vol ou détournement de Diflucan à:

Diflucan Partenariat Programme de Direct Relief -Afrique du Sud:

Programme de Partenariat Diflucan  
Direct Relief-Afrique du Sud  
Téléphone: +27 (11) 351 1287  
Email: [DiflucanPartnership@directrelief.org](mailto:DiflucanPartnership@directrelief.org)

J'ai lu et j'accepte les conditions générales de cette offre.

Dans le cas ou vous rencontreriez tout événement qui pourrait être associé à la sécurité de Diflucan, vous devez rapidement signaler Direct Relief et fournir des renseignements demandés pour documenter l'événement.

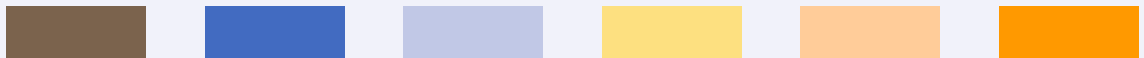
## Sauvegardez et Envoyez

**Merci pour votre Rapport de Progrès et pour votre Commande.**

Veillez sauvegarder le formulaire et l'envoyer par courriel et y joindre toute documentation y affairant à Direct Relief à [DiflucanPartnership@directrelief.org](mailto:DiflucanPartnership@directrelief.org).

L'Administrateur du Programme de Partenariat Diflucan à Direct Relief communiquera avec vous par courriel dans les 5 jours ouvrables qui suivent pour confirmer la réception de votre rapport et commande et pour demander des éclaircissements éventuels si nécessaire.

Une fois approuvé, Direct Relief fournira les documents d'expédition et communiquera le présumé programme de vol de votre don.



## Annexe A: Estimation des besoins en produit

Le conditionnement du Diflucan® est le suivant:

- Comprimés de 200mg ; 28 comprimés par flacon ; 24 flacons par carton
- Flacons IV de 100ml - 2mg/ml ; emballés en boîte individuelle avec un dépliant
- Suspension buvable pédiatrique, 35ml- 50mg/5ml ; 12 flacons par carton

**Tableau 1:**

*Estimation d'unités de Diflucan® requises par patient adulte souffrant de MC que vous escomptez traiter au cours des six prochains mois*

**Estimation des Besoins en produits pour cas Adultes de MC: 6 mois**

NOMBRE DE PATIENTS	FLACONS IV	COMPRIMES
10	4	1,115
20	8	2,230
50	20	5,575
75	30	8,363
100	40	11,150
500	200	55,750
1,000	400	111,500
2,000	800	223,000
5,000	2,000	557,500
10,000	4,000	1,115,000

**Tableau 2:**

*Estimation d'unités de Diflucan® requises par patient adulte souffrant de CO que vous escomptez traiter au cours des six prochains mois*

**Estimation des Besoins en produits pour cas Adultes de CO: 6 mois**

NOMBRE DE PATIENTS	FLACONS IV	COMPRIMES
10	1	133
20	2	266
50	5	665
75	8	998
100	10	1,330
500	50	6,650
1,000	100	13,300
2,000	200	26,600
5,000	500	66,500
10,000	1,000	133,000

**Tableau 3:**

*Estimation d'unités de Diflucan® requises par patient pédiatrique souffrant de MC ou CO que vous escomptez traiter au cours des six prochains mois*

**Estimation des Besoins en produits pour cas Pédiatrique de MC et CO: 6 mois**

NOMBRE DE PATIENTS	FLACONS SOP (MC)	FLACONS SOP (CO)
10	175	9
20	350	18
50	875	45
75	1,313	68
100	1,750	90
500	8,750	450
1,000	17,500	900
2,000	35,000	1,800
5,000	87,500	4,500
10,000	175,000	9,000

**Annexe B: Les Directives de l’OMS sur le Traitement de la MC et de la CO**

INDICATION	POSOLOGIE
MC phase aiguë MC (adultes) – comprimés	400mg par jour pendant 70 jours
MC Sévère phase aiguë (adultes) - IV	400mg par jour pendant 2 jours puis suivre avec Comprimés
Entretien de MC (adultes) – Comprimés	200mg par jour à vie
MC aiguë (pédiatrique) – SOP	6mg/kg/jour pour 56 jours
Entretien de MC (pédiatrique) – SOP	3mg/kg/jour pour 309 jours
Candidose œsophagienne (adultes) – comprimés	200mg par jour pendant 14 jours
CO sévère (adultes) – IV	200mg pour 1 journée puis suivre avec des comprimés
Candidose œsophagienne (pédiatrique) – SOP	3mg/kg/jour pour 7 jours