Site ……

Numéro d'identification

PROTOCOLE D'ÉVALUATION PÉRIODIQUE
FORMULAIRE 2. ÉVALUATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Type d'établissement de santé	□ CSPS ..... 1 □ Dispensaire ..... 2 □ Hôpital CMA/CM/Polyclinique/Clinique 3 □ Autre (PRÉCISER_____)..... 4
Public / Privé	□ Public ..... 1 □ Privé 2
Pour les grands établissements, indiquez, le cas échéant, le service/le département	_____
Nom de l'établissement	_____
Identifiant de l'établissement	__ __ __ __ __ __
Quel poste occupez-vous dans cette structure de santé?	□ Directeur.....1 □ Chef de service .....2 □ Médecin.....3 □ Infirmier/ère.....4 □ Sage-femme/Maïeuticien .....5 □ Autre (préciser _____) 6
Depuis combien d'années travaillez-vous dans cet établissement?	__ __
Numéro d'identification de l'enquêteur	__ __ __
Date (jj/mm/aaaa)	__ __/__ __/__ __ __ __

1. Des membres du personnel de firmes qui vendent des aliments pour nourrissons, des biberons ou des tétines vous ont-ils contacté, vous-même ou d'autres membres du personnel de votre établissement au cours de ces 6 derniers mois?	□ Oui □ Non □ Ne sait pas	**SI LA RÉPONSE EST NON OU NE SAIT PAS, PASSEZ À LA QUESTION 8. DANS L'AFFIRMATIVE, POURSUIVEZ**

			Société 1	Société 2	Société 3
2. Quelle Firme?			_____	_____	_____
3. Comment (NOM DE LA FIRME) vous a-t-elle contacté, vous ou les autres personnes? **(COCHEZ LES MENTIONS APPROPRIÉES)**	Téléphone.....1		□	□	□
	Courrier électronique 2		□	□	□
	Visite directe dans l'établissement.....3		□	□	□
	Courrier 4		□	□	□
	Autre (Veuillez préciser).....5		□_____	□_____	□_____
4. Pourquoi (NOM DE LA FIRME) vous a-t-elle contacté, vous ou d'autres personnes? **(COCHEZ LES MENTIONS APPROPRIÉES)**	En vue d'une distribution aux mères et autres acteurs auprès des nourrissons (exemple travailleurs dans les crèches…)	1) Matériels promotionnels pour certains produits	□	□	□
		2) Autres matériels à but d'information/d'éducation	□	□	□
		3) Échantillons de laits pour nourrissons/d'autres produits destinés à l'alimentation du nourrisson	□	□	□
		4) Cadeaux	□	□	□
		5) Bons de réduction	□	□	□
	En vue d'une utilisation par l'établissement de santé/le personnel	6) Matériels promotionnels pour certains produits	□	□	□
		7) Autres matériels à but d'information/d'éducation	□	□	□
		8) Cadeaux	□	□	□
		9) Exposition et autres activités promotionnelles dans l'établissement	□	□	□
	Afin d'établir un contact direct avec	10) Afin d'établir un contact direct avec	□	□	□
		11) Le personnel de l'établissement	□	□	□
	Proposer	12) La fourniture gratuite de laits pour nourrissons/d'autres produits destinés à l'alimentation du nourrisson	□	□	□
		13) Des dons de matériel	□	□	□
		14) Le parrainage de manifestations ou d'ateliers pour l'établissement de santé/le personnel	□	□	□
		15) Des invitations et/ou une aide pour permettre au personnel d'assister à des manifestations/ateliers en dehors de l'établissement de santé	□	□	□
		16) Autre (veuillez préciser)	□_____	□_____	□_____
		17) Ne sait pas	□	□	□
5. Combien de fois avez-vous, vous-même ou d'autres personnes, été contacté(s) par cette société au cours des 6 derniers mois écoulés ?			_ _	_ _	_ _

6. Au cours de ces 2 dernières années, avez-vous assisté à des conférences ou des réunions scientifiques pour les professionnels de la santé?	□ Oui □ Non □ Ne sait pas
7. Si la réponse à la Q6 est oui, l'une ou l'autre de ces conférences/réunions était-elle parrainée par des fabricants de laits pour nourrissons ou d'autres produits destinés à l'alimentation du nourrisson? (Dans l'affirmative, quelle(s) firme(s))?	□ Oui (Société _____) □ Non □ Ne sait pas
8. Connaissez-vous le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ?	□ Oui □ Non □ Ne sait pas
9. Connaissez-vous les lois ou les réglementations nationales relatives à la commercialisation des substituts du lait maternel ?	□ Oui □ Non □ Ne sait pas
10. Avez-vous reçu une formation relative à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ? **(DANS L'AFFIRMATIVE, indiquez l'année de la formation la plus récente)**	□ Oui (Année _____) □ Non □ Ne sait pas
11. Avez-vous reçu une formation relative au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ? **(DANS L'AFFIRMATIVE, indiquez l'année de la formation la plus récente)**	□ Oui (Année _____) □ Non □ Ne sait pas
12. Avez-vous reçu une formation relative aux lois et réglementations nationales sur la commercialisation des substituts du lait maternel ? **(DANS L'AFFIRMATIVE, indiquez l'année de la formation la plus récente)**	□ Oui (Année _____) □ Non □ Ne sait pas

13. Avez-vous d'autres observations à formuler au sujet des efforts déployés par les sociétés productrices d'aliments pour nourrissons et les fabricants de biberons et de tétines pour entrer en contact avec les établissements de santé et les personnels de santé ? Oui / non

DANS L'AFFIRMATIVE NOTEZ CES OBSERVATIONS_____

_____

_____

_____

_____

MERCI BEAUCOUP POUR LES INFORMATIONS ET LE TEMPS QUE VOUS NOUS AVEZ CONSACRE!