

## Прокуратура Красноярского края

г. Красноярск, 2017 год

### Уважаемые граждане, работники медицинских учреждений!

Прокуратурой Красноярского края предлагается принять участие в анкетировании, целью которого является сбор информации о реализации на территории Красноярского края недоброкачественных, фальсифицированных, незарегистрированных лекарственных препаратов.

Анкета является **анонимной**, результаты анализа заполненных Вами сведений будут использованы в надзорной деятельности органов прокуратуры.

### АНКЕТА

1. Укажите Ваш пол:

- М
- Ж

2. Укажите Ваш возраст:

- до 18
- 18-24
- 25-34
- 35-44
- 45-и выше

3. Род занятий

- Работник медицинской, фармацевтической организации
- Неработающий
- Пенсионер
- Служащий

4. Как часто Вы посещаете аптеки:

- Несколько раз в неделю
- 1-2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- Реже
- По мере необходимости

5. Вы приобретаете в аптеке товары:

- По назначению врача
- По совету фармацевтического работника аптеки
- Делаю выбор самостоятельно

6. Что Вы выбираете?

- Лекарственные препараты новинки, недавно поступившие в продажу и активно рекламируемые
- Зарекомендовавшие себя лекарственные средства, проверенные на собственном опыте
- Как правило, лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом

7. При выборе лекарственных препаратов Вы предпочитаете:

- Лекарство более известной фирмы, но дорогостоящее
- Лекарство менее известной фирмы, но более низкой ценовой категории
- Для меня имеет значение только эффективность лекарственного препарата
- При выборе руководствуюсь ценой

8. Как влияет прием лекарственных препаратов на качество Вашей жизни:

- Улучшается самочувствие
- Повышается работоспособность
- Не влияет
- При приеме препаратов состояние здоровья только ухудшается

9. При приобретении лекарственных препаратов в аптеках у Вас возникали сомнения в качестве лекарственного препарата:

- Да, постоянно
- Нет
- Иногда
- Другое

---

10. При возникновении сомнения в качестве приобретенного лекарственного препарата Вы обращались в органы контроля в сфере здравоохранения, аптечную организацию, к производителю лекарственного препарата:

- Да
- Укажите куда и по какому лекарственному препарату обращались, результаты рассмотрения Вашего заявления

---

---

---

---

---

---

---

- Нет

**11. Муниципальное образование, на территории которого Вы чаще всего покупаете лекарственные препараты (возможно указание нескольких муниципальных образований):**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. В каких аптеках, по Вашему мнению, реализуются фальсифицированные либо некачественные лекарственные препараты (укажите наименование аптеки, место ее нахождения):**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Нет
- Затрудняюсь ответить

**12. Можете ли Вы назвать торговые наименования лекарственных препаратов, которые вызывают у Вас сомнения в их качестве (при приеме таких препаратов положительного эффекта у Вас не наблюдалось)**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Нет

**Если Вы являетесь работником медицинской, фармацевтической организации**

**1. Как часто при обращении граждане жалуются на неэффективность принимаемых лекарственных препаратов**

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Назовите лекарственные препараты (наименование, производитель), которые при осуществлении Вами деятельности в сфере медицины вызывают сомнения в качестве:**

- Нет
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_