



*Ce questionnaire a pour objectif de connaître votre perception et vos éventuelles attentes en matière de médicament générique. Ce questionnaire est strictement anonyme. Pouvez-vous consacrer quelques minutes à le remplir ?*

**Cochez et complétez**

Sexe : F  M

Age : 20-30 ans  30-40 ans  40-50 ans  50-60 ans  + 60 ans

1- Avez-vous entendu parler des médicaments génériques ?

Oui  Non

2- Remarquez-vous des différences entre un médicament de marque et un générique ?

Oui  Non

Si oui, sur : L'efficacité  Effets indésirables  Autres

Si autres précisez : .....

3- Pensez-vous être suffisamment informé sur les médicaments génériques ?

Oui  Non

4- Votre pharmacien vous propose-il systématiquement des génériques ?

Oui  Non  **NSP\***

5- Vous arrive-t-il de refuser le générique proposé par votre pharmacien ?

Oui  Non

Si oui, pourquoi ? : .....

6- Vous a-t-il informé qu'en cas de refus vous n'aurez pas le droit au tiers payant ?

Oui  Non

7- Avez-vous déjà contracté une allergie ou une pathologie suite à la prise d'un générique ?

Oui  Non

8- Souhaiteriez-vous qu'une action d'information sur les génériques soit mise en place ?

Oui  Non

Si vous avez des besoins ou des observations, exprimez-vous : .....

\* **Ne Sais Pas**

*Nous vous remercions pour votre participation*