

Formulaire de demande**Concertation médico-pharmaceutique - Projet local**

(Arrêté royal du 3 avril 2015 fixant les conditions et les modalités de la mise en œuvre de la concertation médico-pharmaceutique et modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

I - Identification du projet

1. Intitulé du projet :	
2. Equipe de projet :	
2.1 Médecin :	
• Nom :	
• Fonction :	
• Adresse complète :	
• Adresse(s) mail :	
• N° de téléphone :	
• Nom ou le numéro d'identification du GLEM et/ou du cercle de médecins généralistes :	
2.2 Pharmacien :	
• Nom :	
• Fonction :	
• Adresse complète :	
• Adresse(s) mail :	
• N° de téléphone :	
• Nom de l'organisation locale de pharmaciens :	
3. Nom du rapporteur :	
4. Paiement :	
• N° de compte en banque avec intitulé complet :	
• Nom du détenteur du compte :	

II – Description du projet

1. Durée du projet :	
2. Nombre de réunions :	
3. Date(s) de la (des) réunion(s) et lieu(x):	
4. Invités :	
• Nombre de médecins :	
• Nombre de pharmaciens :	
5. Sujet(s) qui sera (seront) abordé(s) :	

[Veuillez mentionner l'intitulé du projet]

6. Indicateur(s) de qualité qui sera (seront) abordé(s) :	Oui/non [Veuillez préciser]
7. Identification du programme CMP reconnu sur lequel le projet se base :	
7.1 Recours à un animateur formé dans le cadre d'un programme CMP reconnu :	Oui/non [Veuillez préciser]
7.2 Recours à la logistique d'un programme CMP reconnu (documents, aide matérielle, animation) :	[Veuillez préciser]
8. Autre documentation qui sera utilisée :	Oui/non [Veuillez préciser]

III – Demande de données INAMI (facultatif)

1. Demande de données Pharmanet régionales et nationales :	Oui ¹ /non
2. Demande de données Pharmanet personnalisées :	Oui/non
[Les informations suivantes sont à préciser pour chaque dispensateur de soins individuel qui souhaite recevoir ses données Pharmanet : - Nom du dispensateur de soins - N° INAMI - Adresse(s) mail - Détail des données demandées : code(s) ATC, année(s) de délivrance ²]	
3. Autres données souhaitées ³:	[Veuillez préciser]

¹ La demande doit être accompagnée d'un formulaire de demande « Demande de données Pharmanet » disponible sur <http://www.riziv.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/statistiques-medicaments-pharmacies-pharmanet.aspx>

² Les données des 5 dernières années disponibles peuvent être transmises.

³ L'équipe de projet sera informé de la mesure dans laquelle les informations souhaitées pourront être fournies.

[Veuillez mentionner l'intitulé du projet]

--	--

IV - Engagements

L'équipe de projet s'engage à ne mêler d'aucune façon à la concertation, un tiers ayant un lien direct ou indirect avec le secteur pharmaceutique.

L'équipe de projet s'engage à fournir un rapport de la réunion⁴, reprenant les éléments suivants :

1. numéro de projet attribué par le CEM
2. activité effectuée
3. nombre de participants médecins
4. nombre de participants pharmaciens
5. action(s) et accord(s) qui découlent de la concertation
6. indicateurs de qualité appliqués
7. données enregistrées utilisées (facultatif)
8. recours ou non à un animateur formé dans le cadre d'un programme reconnu pour la CMP
9. recours à la logistique d'un programme reconnu pour la CMP (documents, aide matérielle, animation)

V - Signature

(signature – nom – date) (médecin)	(signature – nom – date) (pharmacien)

⁴ Un template est mis à disposition sur www.inami.be.

[Veuillez mentionner l'intitulé du projet]