** Concertation médico-pharmaceutique - Projet local**

**Modèle d’un rapport d’une réunion locale**

(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. **Numéro du projet attribué par le CEM :** |  |
| 1. **Intitulé du projet :** |  |
| 1. **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 : |  |
| 1. **Nom du rapporteur :** |  |
| 1. **Paiement :** |  |
| * N° de compte en banque avec intitulé complet : |  |
| * Nom et adresse du détenteur du compte : |  |

**II – Rapport de la réunion**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Date de la réunion:** |  |
| 1. **Lieu :** |  |
| 1. **Invités :** |  |
| * Nombre de médecins : |  |
| * Nombre de pharmaciens : |  |
| 1. **Participants** |  |
| * Nombre de médecins : |  |
| * Nombre de pharmaciens : |  |
| 1. **Sujet(s) qui a (ont) été abordé(s) :** |  |
| 1. **Indicateur(s) de qualité abordé(s) :** | 1. De la programme de qualité |
| 1. Autres (FACULTATIF) |
| 1. **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 précisez] |
| **7.2 Recours à la logistique d’un programme CMP reconnu (documents, aide matérielle, animation) :** | [Veuillez précisez] |
| 1. **Données enregistrées utilisées :** | Oui/non |
| [Veuillez précisez] |
| 1. **Autre documentation utilisée :** | Oui/non |
| 1. **Décisions/conclusions  qui découlent de la concertation:** |  |
| 1. **Point(s) d’action qui découlent de la concertation :** |  |
| 1. **Proposition pour la période endéans laquelle une évaluation de ce projet sera faite** |  |

**III – Demande de données INAMI plus récentes en vu d’une évaluation a posteriori (facultatif)**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Demande de données Pharmanet** **régionales et nationales :** | Oui[[1]](#footnote-1)/non |
| 1. **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]](#footnote-2)] |  |
| 1. **Autres données souhaitées [[3]](#footnote-3):** | [Veuillez préciser] |

**IV - Signature**

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

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> [↑](#footnote-ref-1)
2. Les données des 5 dernières années disponibles peuvent être transmises. [↑](#footnote-ref-2)
3. L’équipe de projet sera informé de la mesure dans laquelle les informations souhaitées pourront être fournies. [↑](#footnote-ref-3)