** 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)