** Concertation médico-pharmaceutique - Projet local**

**Modèle d’un rapport d’évaluation 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 :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * Adresse(s) mail :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * N° de téléphone :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * Nom ou le numéro d’identification du GLEM et/ou du cercle de médecins généralistes :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| **2.2 Pharmacien :** |  |
| * Nom :
 |  |
| * Fonction :
 |  |
| * Adresse complète :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * Adresse(s) mail :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * N° de téléphone :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * Nom de l’organisation locale de pharmaciens :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| 1. **Nom du rapporteur :**
 |  |
| 1. **Paiement :**
 |  |
| * N° de compte en banque avec intitulé complet :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |
| * Nom et adresse du détenteur du compte :
 | (en cas de changement par rapport au rapport précédent) |

**II – Rapport de la réunion d’évaluation**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Date de la réunion** **d’évaluation :**
 |  |
| 1. **Réunion virtuelle**
 | Oui/non |
| 1. **Réunion physique**

**Si oui, lieu:** | Oui/non |
| 1. **Invités :**
 |  |
| * Nombre de médecins :
 |  |
| * Nombre de pharmaciens :
 |  |
| 1. **Participants**
 |  |
| * Nombre de médecins :
 |  |
| * Nombre de pharmaciens :
 |  |
| 1. **Indicateur(s) de qualité utilisé(s) :**

**(voir aussi votre rapport précédent)** | 1. Du 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. **Évaluation des résultats du projet local**

**- résultats basés sur les indicateurs de qualité****- décisions****- points d'action****- Y aura-t-il un suivi après cette évaluation ?****- Le rapport d'évaluation sera-t-il distribué plus largement aux médecins et pharmaciens de la région qui n'ont pas participé ?****- ...** |  |

**IV - Signature**

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