** Concertation médico-pharmaceutique - Programme de promotion de la qualité**

**Rapport d’activités**

(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 programme**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Thème du programme** **de promotion de la qualité:** |  |
| 1. **Responsable de projet :** |  |
| * Nom : |  |
| * Fonction : |  |
| * Adresse complète: |  |
| * Adresse(s) mail: |  |
| * N° de téléphone: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Collaboration avec un partenaire de l'autre région:** | **OUI**  **NON** |
| **Adaptation du programme au contexte de l’autre région:** | **OUI**  **NON** |
| 1. **Nom partenaire (organisation):** |  |
| **Responsable de projet :** |  |
| * Nom : |  |
| * Fonction : |  |
| * Adresse complète: |  |
| * Adresse(s) mail: |  |
| * N° de téléphone: |  |

**II – Rapport d’activités**

|  |  |
| --- | --- |
| **• Résumé concis des principales activités depuis l’approbation et des adaptations prévues au contenu en raison des développements récents:**  **• Résumé concis des adaptations du programme au contexte de l’autre région par votre partenaire:**  **• Projets locaux:**  a. Nombre de projets locaux organisés depuis l’approbation du programme: ....  B. Date et lieu par projet local avec soumission d'un premier rapport | |
| **• Aperçu des coût pour le déploiement et le soutien du programme:**   * **Élaboration de matériel didactique** * **Formation des animateurs** * **Suivi des projets locaux par un coordinateur de projet** * **Communication** * **Promotion du programme** |  |

**III – Signature (électronique)**

|  |
| --- |
|  |
| (signature - nom - date) |