**Modalités des rapports annuels délivrés dans le cadre de l’intervention financière pour la formation continue suivie**

*NOTE PREALABLE: Les données mentionnées dans ce document sont les données minimales à fournir; il ne s’agit donc pas d’un formulaire type. Le document qui sera transmis devra être adapté en fonction du nombre de formations organisées par un même organisateur durant une même année et également en fonction du nombre de sessions par formation.*

Madame/Monsieur………………………………….., responsable pour les formations suivantes, en qualité de ……………………………… au sein de l’organisme/ de l’institution organisatrice ………………..……………………………………………………………….………..

qui représente une des organisations suivantes (à cocher):

* INAMI
* SPF Santé publique
* Etablissement d’enseignement agréé pour les professions des soins de santé
* Organisation professionnelle infirmière reconnue en tant qu’organisation individuelle représentative ou partenaire d’un cartel représentatif, sur base des dispositions de la Loi du 21 avril 2007 désignant les représentants des infirmiers à domicile à la commission de conventions praticiens de l’art infirmier-organismes assureurs
* Service de soins infirmiers à domicile qui, pendant au minimum 2 trimestres successifs de l’année pour laquelle l’intervention est demandée, bénéficient de l’intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile, comme visé dans l’Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l’intervention forfaitaire de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d’octroi de cette intervention
* Fédération d’un service de soins infirmiers à domicile qui, pendant au minimum 2 trimestres successifs de l’année pour laquelle l’intervention est demandée, bénéficient de l’intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile, comme visé dans l’Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l’intervention forfaitaire de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d’octroi de cette intervention
* Un dispensateur de soins qui dispose d’un numéro INAMI, sous réserve d’une collaboration formelle passée à cet effet avec une organisation professionnelle infirmière reconnue en tant qu’organisation individuelle représentative ou partenaire d’un cartel représentatif, sur base des dispositions de la Loi du 21 avril 2007 désignant les représentants des infirmiers à domicile à la commission de conventions praticiens de l’art infirmier-organismes assureurs
* Un dispensateur de soins qui dispose d’un numéro INAMI, sous réserve d’une collaboration formelle passée à cet effet avec un service de soins infirmiers à domicile qui, pendant au minimum 2 trimestres successifs de l’année pour laquelle l’intervention est demandée, bénéficient de l’intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile, comme visé dans l’Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l’intervention forfaitaire de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d’octroi de cette intervention
* Un dispensateur de soins qui dispose d’un numéro INAMI, sous réserve d’une collaboration formelle passée à cet effet avec une fédération d’un service de soins infirmiers à domicile qui, pendant au minimum 2 trimestres successifs de l’année pour laquelle l’intervention est demandée, bénéficient de l’intervention forfaitaire pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile, comme visé dans l’Arrêté royal du 16 avril 2002 fixant l’intervention forfaitaire de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les coûts spécifiques des services de soins infirmiers à domicile et les conditions d’octroi de cette intervention
* Un organisme assureur

**Identification des formations organisées durant l’année ………… :**

* **Sujet/Titre de la formation I :...……………………………………………………………..**

Date(s) de la formation :……………………………………………………………………….

Lieu(x) de la formation :…………...…………………………………………………………..

Nom du responsable de la formation :……………………………………………………….

Durée totale de la formation :…………………………………………………………………

Sujet/titre de la première session :…………………………………………………………...

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la première session :…………………………………………………………………

Nom du formateur de la première session :…………………………………………………

Durée de la première session :……………………………………………………………….

(Si applicable) Sujet/titre de la deuxième session :………………………………………...

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la deuxième session :………………………………………………………………..

Nom du formateur de la deuxième session :………………………………………………..

Durée de la deuxième session :………………………………………………………………

(Si applicable) Sujet/titre de la troisième session :…………………………………………

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la troisième session :………………………………………………………………...

Nom du formateur de la troisième session :………………………………………………...

Durée de la troisième session :……………………………………………………………….

…

**Identification des personnes ayant suivis la formation:**

Nom, N° INAMI des praticiens de l’art infirmier ayant suivi ces formations durant l’année - détailler par session dont dates et heures.

* (Si applicable) **Sujet/Titre de la formation II :……………………………..……………...**

Date(s) de la formation :……………………………………………………………………….

Lieu(x) de la formation :…………………………………………………………...…………..

Nom du responsable de la formation :……………………………………………………….

Durée totale de la formation :…………………………………………………………………

Sujet/titre de la première session :…………………………………………………………...

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la première session :…………………………………………………………………

Nom du formateur de la première session :…………………………………………………

Durée de la première session :……………………………………………………………….

(Si applicable) Sujet/titre de la deuxième session :………………………………………...

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la deuxième session :………………………………………………………………..

Nom du formateur de la deuxième session :………………………………………………..

Durée de la deuxième session :………………………………………………………………

(Si applicable) Sujet/titre de la troisième session :…………………………………………

(cocher une des cases suivantes)

□ Session en rapport avec l’article 8 de la nomenclature des prestations de santé ou toute autre réglementation spécifique du secteur des soins infirmiers à domicile

□ Session en rapport avec la formation et/ou l’entraînement en matière d’actualisation ou de travail « evidence based » dans la pratique professionnelle dans le cadre des soins infirmiers à domicile

Date de la troisième session :………………………………………………………………...

Nom du formateur de la troisième session :………………………………………………...

Durée de la troisième session :……………………………………………………………….

…

**Identification des personnes ayant suivis la formation:**

Nom, N° INAMI des praticiens de l’art infirmier ayant suivi ces formations durant l’année - détailler par session dont dates et heures.

Fait à ……………le……………………..

(signature de la personne responsable)