|  |  |
| --- | --- |
|  | **Support didactique d’e-learning dans le cadre de l’accréditation des médecins et des pharmaciens biologistes** |

*Veuillez compléter ce formulaire pour chaque module actuellement proposé*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro d’activité :** | | |  | | |
| **Titre :** | | |  | | |
| **Contenu :** | | | | | |
| **Année de début :** | | |  | | |
| **Auteurs :** | | | | | |
|  | **Nom et prénom** | **Numéro INAMI** | | **Qualification** |
| **1.** |  |  | |  |
| **2.** |  |  | |  |
| **3.** |  |  | |  |
| **4.** |  |  | |  |
| **5.** |  |  | |  |
| *La qualification ne doit être mentionnée que si le rédacteur ne dispose pas d'un numéro INAMI.*  La déclaration implique de mentionner intégralement les conflits d'intérêts existants ou potentiels pour toutes les personnes inscrites sur la liste. Veuillez préciser les conflits d'intérêts qui pourraient survenir : | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Groupe cible :** | O médecins  O (et) autres : |
| **Les besoins d'apprentissage et les résultats escomptés :** | |
| **Justification de la valeur d'actualité (*seulement si le contenu du support a été rassemblé ou corrigé il y a plus de trois ans*) :** | |
| **Durée de participation (en heures) :** | O 0,5  O 1  O 1,5  O 2 |
| **Si le contrôle de la participation réelle à ce module déroge à la méthode générale appliquée par l'organisateur selon la déclaration faite dans le formulaire de reconnaissance de l'organisateur, veuillez l'indiquer :** | |
| **Le score du feed-back et les éventuels commentaires :** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Comment nous transmettre le formulaire ?** | |
| **Par e-mail:** | [info.accredit@riziv-inami.fgov.be](mailto:info.accredit@riziv-inami.fgov.be) |
| Seuls les formulaires dûment complétés seront traités. Pour toute question, veuillez prendre contact avec le service Accréditation des médecins de l'INAMI ([info.accredit@riziv-inami.fgov.be](mailto:info.accredit@riziv-inami.fgov.be)). | |