** 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) |