



Concertation médico-pharmaceutique - Projet local Modèle d'un rapport 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 :	
2. Intitulé du projet :	
3. Equipe de projet :	
2.1 Médecin :	
• Nom :	
• Fonction :	
• Adresse complète :	
• Adresse(s) mail :	
• N° de téléphone :	
• Nom ou le numéro d'identification du GLEM et/ou du cercle de médecins généralistes :	
2.2 Pharmacien :	
• Nom :	
• Fonction :	
• Adresse complète :	
• Adresse(s) mail :	
• N° de téléphone :	
• Nom de l'organisation locale de pharmaciens :	
4. Nom du rapporteur :	
5. Paiement :	
• N° de compte en banque avec intitulé complet :	
• Nom et adresse du détenteur du compte :	

II – Rapport de la réunion

1. Date de la réunion:	
2. Lieu :	
3. Invités :	
• Nombre de médecins :	
• Nombre de pharmaciens :	
4. Participants	
• Nombre de médecins :	
• Nombre de pharmaciens :	

[Veuillez mentionner le numéro du projet attribué par le CEM]

5. Sujet(s) qui a (ont) été abordé(s) :	
6. Indicateur(s) de qualité abordé(s) :	a) De la programme de qualité
	b) Autres (FACULTATIF)
7. 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]
8. Données enregistrées utilisées :	Oui/non
	[Veuillez précisez]
9. Autre documentation utilisée :	Oui/non
10. Décisions/conclusions qui découlent de la concertation:	
11. Point(s) d'action qui découlent de la concertation :	

12. Proposition pour la période endéans laquelle une évaluation de ce projet sera faite	
--	--

III – Demande de données INAMI plus récentes en vu d’une évaluation a posteriori (facultatif)

1. Demande de données Pharmanet régionales et nationales :	Oui ¹ /non
2. Demande de données Pharmanet personnalisées :	Oui/non
[Les informations suivantes sont à préciser pour chaque dispensateur de soins individuel qui souhaite recevoir ses données Pharmanet : - Nom du dispensateur de soins - N° INAMI - Adresse(s) mail - Détail des données demandées : code(s) ATC, année(s) de délivrance ²]	
3. Autres données souhaitées ³:	[Veuillez préciser]

IV - Signature

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

¹ La demande doit être accompagnée d’un formulaire de demande « Demande de données Pharmanet » disponible sur <http://www.riziv.fgov.be/fr/statistiques/medicament/Pages/statistiques-medicaments-pharmacies-pharmanet.aspx>

² Les données des 5 dernières années disponibles peuvent être transmises.

³ L’équipe de projet sera informé de la mesure dans laquelle les informations souhaitées pourront être fournies.

[Veuillez mentionner le numéro du projet attribué par le CEM]