

Demande de reconnaissance d'une activité pour l'accréditation d'un programme de formation médicale continue à distance

☞ A renvoyer au :

***Comité Paritaire d'accréditation de Médecine Générale**
***Comité Paritaire de Médecine spécialisée en**
***Groupe de travail Ethique & Economie**
INAMI – Avenue de Tervuren, 211 -1150 Bruxelles

* biffer la mention inutile — à compléter éventuellement

| | |
|---|------------|
| ☞ Nom de l'association organisatrice de Formation Médecine Continue : | |
| ☞ Numéro d'identification de l'organisateur: <input type="checkbox"/> • <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| Adresse : | |
| Code postal : | Localité : |
| ☎ | Fax: |
| Nom et prénom du médecin responsable : | |
| N° INAMI : | Qualité : |
| Adresse : | Email : |
| Code postal : | Localité : |
| ☎ | Fax : |

| | |
|---|------------|
| ☞ Médecin responsable du programme : | |
| Nom et prénom : | N° INAMI : |
| Adresse : | Qualité : |

| |
|-------------------------------------|
| ☞ Description du programme : |
| Nature/Technique: |
| Sujet : |

| |
|--|
| ☞ Définition des instructions concernant le temps nécessaire pour suivre ce programme : |
|--|

| |
|--|
| ☞ Définition de la forme d'interactivité utilisée : |
|--|

☞ **Définition de la méthode relative au contrôle de la participation réelle, tant en ce qui concerne le contenu qu'en ce qui concerne l'emploi du temps correct :**

☞ **Durée de validité du programme proposée :**

☞ **Définition de la méthode du respect de la confidentialité lors du traitement et de la transmission des données relatives aux participants :**

☞ **Référence éventuelle à des sources bibliographiques (au besoin en annexe) :**

Déclaration sur l'honneur de l'organisateur relative à son indépendance par rapport à d'éventuels sponsors : En signant cette demande, l'organisateur déclare sur l'honneur que la définition du sujet proposé et la détermination du contenu ont eu lieu sans la moindre interférence d'un sponsor éventuel (*)

Signature :
Date :

| Réservé au Comité Paritaire d'Accréditation. | | | |
|---|----------------------------|----------------|--|
| Date : | Titre : | Durée : | Décision : |
| ----- | | | Accordé <input type="checkbox"/> |
| | | | A renvoyer : |
| Rubrique : | - Remarques - Motivation : | CP : | - à l'organisateur <input type="checkbox"/> |
| ----- | | | - au GDA <input type="checkbox"/> |
| Entre en ligne de compte pour le titre professionnel particulier en oncologie | | 0 OUI 0 NON | - au CP de <input type="checkbox"/> |
| Personne ayant évalué : Nom ou Cachet, signature | | | Refus motivé <input type="checkbox"/> |
| Date : | | | |

(*) L'indépendance de l'organisateur implique qu'il prend des décisions sur les sujets suivants sans le moindre contrôle de la part d'une institution avec des intérêts commerciaux :

- définition du besoin de formation,
- détermination des objectifs de formation,
- sélection et présentation du contenu,
- sélection de toutes les personnes et institutions qui auront la possibilité de contrôler le contenu de la formation,
- sélection de la (des) méthode(s) de formation,
- évaluation de l'activité,

L'organisateur s'engage à veiller à ce que le sponsor ne soit pas avantagé lors du choix des sujets et de leurs contenus et à ce que la promotion éventuelle des produits du sponsor ne puisse être associée à la présentation du contenu éducatif.