

ДО ФАРМАЦЕВТСКАКОМОРА НА
МАКЕДОНИЈА

Б А Р А Њ Е

За одобрување и категоризација на облиците на стручното
усовршување од страна на организаторот на стручното
усовршување

ИНФОРМАЦИИ ЗА ОРГАНИЗАТОРОТ

Име на организаторот: _____

Дали постои дополнително покровителство (спонзорство)* : Да Не
(* Се однесува на покровителство од страна на МФД, професионално здружение,
фармацевтска куќа и др.)

Име на покровителот *: _____

** (види во обврски на организаторот)*

Дали се плаќа котизација: Да Не

Датуми на одржување (почеток-крај): _____

Траење: _____

Место на одржување: _____
(саати во денот) (град)

Одговорно лице за изведување: _____
(име, презиме, титула)

Лице за контакт: _____
(име, презиме)

Контакт адреса: _____
(улица, број, место)

Телефон/Факс: _____

Е- адреса: _____

ИНФОРМАЦИИ ЗА СТРУЧНОТО УСОВРШУВАЊЕ

Тема на стручното усовршување: _____

Целна популација: _____

Содржина на стручното усовршување (селектирај само еден вид на активност):

Презентација на новини

Едукација на вештини

Цели на едукацијата:

Набројте ги на кратко целите на активноста:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Едукативен материјал: Да Не

Тип на едукативен материјал:

Предавачи : _____

Потпишана изјава од предавачи за практикување на медицина базирана врз докази, дадена во прилог на ова одобрение: Да Не

Евалуација на слушатели: Да Не

Евалуација на обликот на стручното усовршување: Да Не

ОБВРСКИ НА ОРГАНИЗАТОРОТ И ФКМ

1. Согласно правилникот на Фармацевтската комора на Македонија (ФКМ) за облиците, критериумите и распоредување на бодовите за обновување на лиценцата за работа, барањата за одобрување и категоризација на облиците за стручно усовршување се поднесуваат најдоцна 3 месеци пред одржувањето на соодветниот облик на стручното усовршување.

2. Во случај кога организаторот од оправдани причини не го испочитувал овој временски рок, ФКМ може да изврши вреднување под изменети финансиски услови- *забрзана процедура*, но само ако барањето е поднесено од 1-3 месеци пред одржувањето на соодветниот облик на стручното усовршување.

3. Барање коешто е доставено до ФКМ во временски рок од помалку од еден (1) месец до одржувањето на соодветниот облик на стручното усовршување, нема да се разгледува.

4. ФКМ се обврзува во рок од 1 месец од поднесувањето на барањето да донесе одлука.

5. Организаторот на соодветниот облик на стручното усовршување како прилог кон ова барање се задолжува да достави до Комисијата за акредитација на Фармацевтската Комора:

1. Писмена согласност на покровителот;
2. Примерок на едукативниот материјал;
3. Примерок на предвидената проверка на знаењето;
4. Список на предавачи со ЦВ за секој предавач;
5. Потпишана изјава/и од предавач/и за практикување на медицина базирана врз докази;
6. Потпишана изјава за надминување на судир на интереси;

ИНФОРМАЦИИ ВО ВРСКА СО ФИНАНСИСКИТЕ ОБВРСКИ НА ОРГАНИЗАТОРОТ КОН ФАРМАЦЕВТСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Акредитирање на облици на стручно усовршување:

- конгрес:	800 евра
- годишен состанок на стручно здружение:	150 евра;
- семинар:	200 евра;
- симпозиум:	250 евра;
- стручни предавања на јавни трибини:	100 евра;
- стручни состаноци на здруженија, секции исл.:	100 евра;
- курс од прва категорија:	400 евра;
- курс од втора категорија:	300 евра;
- стручни работилници:	200 евра;
- други облици	200 евра

Присутството на облик на стручното усовршување се евидентира со електронска картичка.

Во висината на цената за акредитирање на облици на стручно усовршување наведени во алинеите од 1 до 9 се засметува ист толкав број на електронски евидентирани картички по цена од едно евро за една картичка. За сите евидентирани електронски картички над износот на цената на обликот се доплаќа по едно евро за секоја евидентирана картичка.

Во висината на цената за акредитирање на облик на стручно усовршување од алинеја 10 влегуваат: акредитирањето на обликот, услугата поставување на вебинар на порта лот на Комората И 100 евидентирани присуства со електронски картички.

Забрзана процедура- поднесување на барање од 1- 3 месеци пред одржување на соодветниот облик на стручното усовршување. Организаторот за овој тип на процедура должен е да уплати дополнителни 10% од предвидените средства.

НАЧИН НА ПЛАЌАЊЕ

Начинот на плаќање се уредува со договор. Средствата од страна на организаторот се уплаќаат на жиро сметка на Фармацевтска Комора на Македонија со задолжително име на официјалниот претставник на организаторот и име на стручното усовршување:

Ж-сметка: 200000011953884
Депонент: Стопанска Банка

Датум на поднесување на барањето: _____

Потпис и печат на барателот: _____

ИЗЈАВА ЗА НАДМИНУВАЊЕ НА СУДИР НА ИНТЕРЕСИ

Со цел да се надмине постоењето на потенцијален конфликт на интереси, секој којшто е ангажиран во оформувањето на содржината, планирањето, а особено во презентацијата на активностите од областа на едуцирањето, пред да започне со едукативната активност треба да даде писмена изјава, односно да го пополни овој формулар.

Конфликт на интереси може да се смета дека постои ако авторот и/или предавачот, односно негов близок член на семејството (сопруг/партнер, родител, брат и/или сестра, дете) е вработен, финансиски поврзан и/или има комерцијални интереси (консултант, акционер/сопственик, примател на плата, хонорар, гарант и/или др.) со фармацевтска компанија, компанија производител на медицински средства и/или помагала, односно со други компании чии што производи или услуги се поврзани со содржината на темата којашто се дискутира во текот на едукативната активност.

Целта на оваа изјава не е да го спречи поединецот којшто има потенцијален конфликт на интереси од учеството во активноста, туку да помогне во неговото надминување. Изјавата има за цел да ги информира учесниците на активноста за отсуството или постоењето на потенцијалниот конфликт на интереси, такашто тие ќе можат да донесат сопствени заклучоци дали интересите или поврзаноста на авторите и/или предавачите имаат влијание врз содржината и/или презентацијата на обликот на стручната едукација..

Наслов на обликот на стручно усовршување:

Наслов на презентацијата:

Датум на презентацијата: __/__/____

Одбележете ја Вашата улога во едукативната активност:

Предавач Автор Модератор

Директор на курс/работилница/симпозиум/школа Учесник во планирање на континуираната едукација.

Име на предавачот: _____

Титула: _____

Тел: _____

Е-пошта: _____

Дали Вие (или Вашиот сопруг/партнер, родител, брат и/или сестра, дете) имате лични финансиски врски во последните 12 месеци со производителот на продуктите или услугите што ќе бидат дискутирани, односно презентирани на обликот на стручното усовршување?

- Јас, долупотпишаниот, ниту моето семејство, немаме актуелен или потенцијален конфликт на интерес поврзан со оваа активност или презентацијата.
- Јас, долупотпишаниот, непосредно пред презентацијата, јавно ќе го декларирам отсуството на постоење на конфликт на интерес.

Потпис _____ Датум _____

- Јас, долупотпишаниот или член на моето семејство, имаме финансиски, односно комерцијални интереси со една или повеќе организации што може да претставува актуелен или потенцијален конфликт на интерес во контекст на содржината на оваа активност/ презентација.

Ако одговорот е ДА, Ве молиме, дополнете ја Вашата изјава:

Вид на финансиска поврзаност	Име на компанијата
Грант/истражувачка поддршка	
Консултант (советник)	
Акционер/сопственик	
Вработен	
Член на борд	
Примател на хонорар	
Други финансиски или материјални надоместоци	

- Јас, долупотпишаниот, се обврзувам да ги почитувам правилата и условите цитирани подолу на овој формулар.

Потпис _____ Датум _____

Услови и правила што се однесуваат на авторите и/или предавачите во однос на конфликтот на интерес и можностите за негово надминување

1. Ќе се придржувам на академските стандарди со цел да обезбедам научна независност и објективност во сите облици на континуираната едукација.

2. Ќе ја оформам содржината на активноста и/или ќе ја поткрепам мојата презентација со примена на медицина базирана врз докази, а заснована на клиничките препораки издадени од Министерството за здравство на Р.М. и авторизирани од стручните здруженија.

3. Ќе се воздржувам од давање на препораки што се однесуваат на производи и услуги, такашто ќе ја ограничам презентацијата на наоди од истражувањата.

4. Ќе ги информирам слушателите кога дискутирам за недоказана употреба на медикаменти или продукти.

5. На организаторот ќе му препорачам друг предавач за ова предавање.

6. На барање, ќе ја приложам однапред содржината на едукативната активност и/или мојата презентација со цел да биде рецензирана од страна на релевантни професори на Фармацевтскиот факултет во Скопје.

7. Најдобро што можам ќе се зложам предавачите или содржината на предавањата што јас ги изготвувам/сугерирам да биде ослободена од комерцијално влијание.

8. Ќе се воздржам од планирање на содржина на активноста во којашто имам конфликт на интереси.

9. Јас јавно ќе го декларирам (усмено- непосредно пред презентацијата, прв слајд од презентацијата, внесено во промотивниот материјал) постоењето на потенцијален конфликт на интерес.

Ве молиме, вратете го овој формулар на програм-организаторот.

**ИЗЈАВА ЗА ПРИМЕНУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА БАЗИРАНА НА
ДОКАЗИ**

Во врска со барањето за одобрување и категоризација на облиците на стручно усовршување, организаторот:

на обликот на стручното усовршување под назив:

и предавачите на истиот, изјавуваат дека при одржувањето на обликот на стручно усовршување ќе практикуваат медицина базирана на докази.

Во прилог следат потписите на организаторот и предавачите како поддршка на горенаведениот текст.

Датум,

Организатор:

Предавачи:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____