

**DREJTUAR DHOMËS FARMACEUTIKE TË
MAQEDONISË KOMISIONI PËR AFTËSIMIN
PROFESIONAL**

**KËRKESË PËR VLERËSIMIN E AFTËSIMIT PROFESIONAL
TË DHËNA PËR ORGANIZATORIN:**

Emri dhe selia:

Organizatori është: (të rrethohet)

1. Mësimdhënia – Institucioni shkencor
2. Shoqata e Ekspertëve,
3. autoriteti shtetëror,
4. institucioni apo institucioni shëndetësor,
5. një person juridik nga fusha e prodhimit dhe/ose shitjes së barnave/pajisjeve mjekësore.

Personi kontaktues:

(emri dhe mbiemri, numri i telefonit dhe adresa e emailit)

TË DHËNA MBI ZHVILLIMIN PROFESIONAL:

Titulli i lëndës së zhvillimit profesional:

Ligjërues: (brenda vendit, nga jashtë):

(tregoni pedagogun(ët) me emër dhe mbiemër, trajnim profesional/shkencor),
Kohëzgjatja: (në orë, ditë, sesione... për t'u përshkruar)

Popullata e synuar: (farmacistët, mjekët, etj.)

Mënyra e mbajtjes së formës së zhvillimit profesional:

1. Në formë elektronike (që do të përshkruhet),

2. Me praninë personale të dëgjuesve (specifikoni ku dhe kur),

Shtojcat që i paraqiten kërkesës:

3. Program me përmbajtjen e zhvillimit profesional, abstrakt/përmbledhje të zhvillimit profesional, të dhëna për literaturën e përdorur,
4. CV e pedagogëve,
5. Dëshmi se pedagogu ka të paktën tre vjet përvojë pune në fushën e formimit të tij profesional/shkencor,
6. Deklarata të nënshkruara nga pedagogët për aplikimin e mjekësisë së bazuar në dëshmi,
7. Deklarata të nënshkruara nga pedagogët për tejkalimin e konfliktit të interesit,
8. Formulari i provimit për kontrollimin e njohurive të dëgjuesve (nëse ofrohet),
9. Deklaratë për mënyrën e sigurimit të disponueshmërisë së trajnimit profesional

të gjithë farmacistët në kushte të barabarta.
10. Dëshmi e korrigjimit të gjuhës

Pas vendimit të Komisionit, organizatori është i detyruar të paraqesë prova të tjera në mbështetje të kërkesës.

DETYRIMET E ORGANIZATORIT DHE ODËS

Organizatori e paraqet kërkesën për vlerësimin e zhvillimit profesional të paktën 30 ditë para mbajtjes së saj. Komisioni kontrollon nëse kërkesa për vlerësimin e zhvillimit profesional është e plotë. Nëse Komisioni konstaton se kërkesa për vlerësimin e zhvillimit profesional është e pakompletuar, do t'i kërkojë aplikuesit plotësimin e kërkesës brenda 15 ditëve. Nëse aplikanti nuk e plotëson kërkesën për vlerësimin e zhvillimit profesional brenda 15 ditëve, Komisioni do ta refuzojë atë. Kërkesa e refuzuar për vlerësimin e zhvillimit profesional nuk mund të parashtrahet sërish para skadimit të 15 ditëve nga dita e refuzimit. Me rastin e ridorëzimit të kërkesës së refuzuar për vlerësimin e zhvillimit profesional, aplikanti rimbursion sërish shpenzimet e vlerësimit. Komisioni do të vlerësojë zhvillimin profesional vetëm nëse zhvillimi profesional është i disponueshëm për të gjithë farmacistët pavarësisht vendbanimit, vendbanimit, punësimit, etj. Kërkesës për vlerësimin e zhvillimit profesional organizatori i bashkëngjit deklaratën për mënyrën e sigurimit të disponueshmërisë. Pas kërkesës së paraqitur për vlerësimin e zhvillimit profesional, Komisioni merr vendim brenda 30 ditëve nga dita e paraqitjes së kërkesës së plotë. Përveç çmimit për akreditim, për instalimin e të gjitha formave të zhvillimit profesional në formë e-edukimi (në audio, video ose në formë webinar) në portalin e Dhomës dhe mbështetjen e tyre teknike, një sasi prej 100 euro paguhen për çdo formë të zhvillimit profesional.

Afati i vlefshmërisë së formularëve të akredituar është 3 muaj nga dita e miratimit të vendimit.

Kundër vendimit të Komisionit mund të parashtrahet kundërshtim në Bordin Ekzekutiv të Odës brenda 8 ditëve nga dita e marrjes së vendimit. Pas kundërshtimit të paraqitur, Bordi Ekzekutiv i Odës merr vendim brenda 30 ditëve. Organizatori i trajnimit profesional dhe Oda lidhin marrëveshje për të drejtat dhe detyrimet e ndërsjella. Ekzekutivi

Bordi i Odës miraton listën e çmimeve për shumën e kompensimit për vlerësimin e formave të zhvillimit profesional. Organizatori i trajnimit profesional, me kërkesë të tij, mund t'i lëshojë farmacistin certifikatë pjesëmarrjeje pas përfundimit të trajnimit profesional.

Data:

Organizatori:

Vula dhe nënshkrimi i një personi përgjegjës,

DEKLARATË PËR TEJKALIMIN E KONFLIKTIT TË INTERESIT

Për të kapërcyer situatën e konfliktit të mundshëm të interesave, kushdo që është i përfshirë në formimin e përmbajtjes, planifikimin dhe veçanërisht në prezantimin e aktiviteteve në fushën e arsimit, përpara se të fillojë me veprimtarinë edukative duhet të japë një deklaratë me shkrim, domethënë për të plotësuar këtë formular .

Konflikti i interesave mund të konsiderohet se ekziston nëse autori dhe/ose mësuesi, pra anëtari i ngushtë i familjes (bashkëshorti/partneri, prindi, vëllai dhe/ose motra, fëmija) janë të punësuar, janë të lidhur financiarisht dhe/ ose ka interesa komerciale (konsulent, aksioner/pronar, marrës i pagës, tarifës, garantues dhe/ose etj.) me kompani farmaceutike, kompani që prodhon pajisje mjekësore dhe/ose ndihma, pra me kompani të tjera të cilat për prodhime ose shërbimet lidhen me përmbajtjen e temave që diskutohen gjatë veprimtarisë arsimore.

Qëllimi i kësaj deklarate nuk është të parandalojë individët që kanë një konflikt të mundshëm interesi të marrin pjesë në aktivitet, por të ndihmojë në uljen e tij. Qëllimi i deklaratës është të informojë pjesëmarrësit e aktivitetit për mungesën ose praninë e një konflikti të mundshëm interesi, në mënyrë që ata të jenë në gjendje të nxjerrin përfundimet e tyre për interesat ose marrëdhëniet e autorëve dhe/ ose leksion të cilat përmbajtje dhe/ose prezantim në formën e arsimit profesional ..

Titulli i formës së zhvillimit profesional:

Përmbajtja e prezantimit:

Data e prezantimit: __/__/____

Rrethoni rolin tuaj në aktivitetin arsimor:

| Ligjërues | Autor | Moderator |
|--|-------|-------------------------------|
| Drejtor i kursit/punëtorisë/simpoziumit/shkollës arsimi në vazhdim . | | Pjesëmarrës në planifikimin e |

Emri i ligjëruesit: _____ **Titulli:** _____

Tel: _____ **E-mail:** _____

Nëse Ju ose (ose bashkëshorti/partneri, prindi, vëllai dhe/ose motra, fëmija) keni marrëdhënie personale **financiare në 12 muajt** e fundit me prodhuesin e produkteve ose produktet apo shërbimet që do të diskutohen, pra të paraqiten në formën e një opinioni profesional?

Unë, i poshtënjshkruari, as edhe familja ime, nuk kemi konflikt aktual apo potencial interesi lidhur me këtë aktivitet apo prezantim.

Unë, i poshtënjshkruari, menjëherë para prezantimit do të deklaroj publikisht se nuk kam konflikt interesi .

Nënshkrimi _____ **Data** _____

Unë, i poshtënjshkruari ose një anëtar i familjes sonë, ne kemi interesa financiare ose tregtare me një ose më shumë organizata që mund të përfaqësojnë një konflikt aktual ose të mundshëm interesi në kontekstin e përmbajtjes së këtij aktiviteti/prezantimi.

Nëse përgjigja është PO, ju lutemi plotësoni deklaratën tuaj:

| Lloji i lidhjes financiare | Emri i kompanisë |
|---|------------------|
| Grant/mbështetje kërkimore | |
| Konsulent (këshilltar) | |
| Akcioner/pronar | |
| I punësuar | |
| Anëtar i bordit | |
| Marrësi i honorarëve | |
| Përfitime të tjera financiare ose materiale | |

Unë, i poshtënjshkruari, pranoj të respektoj rregullat dhe kushtet e cituara më poshtë në këtë formular.

Nënshkrim _____

Data _____

Kushtet dhe rregullat që zbatohen për autorët dhe/ose pedagogët në lidhje me konfliktin e interesit dhe mundësitë për tejkalimin e tij

1. Do të ju përmbahem standarteve akademike, me qëllim që të siguroj pavarësinë shkencore në të gjitha format e edukimit të vazhdueshëm.

2. Do të formoj përmbajtjen e aktivitetit dhe/ose do të mbështes Prezantimin tim duke përdorur mjekësi të bazuar në prova dhe bazuar në rekomandimet klinike të lëshuara nga Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Maqedonisë dhe e autorizuar nga shoqata profesionale.

3. Do të përmbahem nga dhënia e rekomandimeve sa i përket për prodhimet dhe shërbimeve, kështu që do të kufizoj prezantimin e gjetjeve të hulumtimit.

4. Do të informoj dëgjuesit kur dikujt për përdorimin e paprovuar të medikamentit ose produktit.

5. Unë do të rekomandoj organizatorit një ligjërues tjetër për këtë leksion.

6. Me kërkesë, paraprakisht do të bashkëngjis përmbajtjen e veprimtarisë edukative dhe/ose prezantimin tim me qëllim që të jetë e rishikuar nga ana e profesorëve përkatës të fakultetit të Farmacisë në Shkup.

7. Më së miri që mundem do të zotoj ligjëruesit ose përmbajtjen e ligjëratave që unë i përgatis\ sugjeroj të jetë e liruar nga ndikimi komercial.

8. Do të përmbahem nga planifikimi përmbajtjes dhe aktivitetit me të cilën kam konflikt interesi.

9. Unë publikisht do të deklaroj (me gojë- menjëherë para prezantimit , i paraqes. para postimit të parë të prezantimit që është futur në materialin promovues) ekzistenca e një konflikti të mundshëm interesi.

Ju lutemi kthejeni këtë formular organizatorit të programit.

DEKLARATË PËR APLIKIMIN E MJEKËSISË TË BAZUAR NË DËSHMI

Në lidhje me kërkesën për miratimin dhe kategorizimin e formave të përdorimit profesional, organizatori:

në formën e aplikacionit të parë manual nën emrin:

dhe pedagogët e të njëjtit deklarojnë se para se të ruajnë formën e trajnimit manual do të praktikojnë mjekësinë me bazë të fakteve.

Të bashkangjitura janë të dhënat e organizatorit dhe ligjëruesit sipas tekstit të lartpërmendur.

Data, _____

Organizatori:

Ligjërues:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____