

ДО ФАРМАЦЕВТСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА
КОМИСИЈА ЗА СТРУЧНО УСОВРШУВАЊЕ

БАРАЊЕ ЗА ОЦЕНУВАЊЕ НА СТРУЧНО УСОВРШУВАЊЕ

ПОДАТОЦИ ЗА ОРГАНИЗАТОРОТ:

Име и седиште:

Организаторот е: (да сезначи)

1. Наставно - научна установа,
2. стручно здружение,
3. државен орган,
4. здравствена установа или институција,
5. правно лице од областа на производството и/или прометот со лекови/медицински средства.

Лице за контакт:

(име и презиме, тел.број и е – адреса)

ПОДАТОЦИ ЗА СТРУЧНОТО УСОВРШУВАЊЕ:

Наслов на темата на стручното усовршување:

Предавачи: (домашни, од странство):

(да се наведат предавач/ите со име и презиме, стручна / научна подготовка),
Времетраење: (во часови, денови, сесии... да се опише)

Целна популација: (фармацевти, лекари, и сл.)

Начин на одржување на обликот на стручно усовршување:

1. Во електронски облик (да се опише),

2. Со лично присуство на слушателите (да се наведе каде и кога),

Прилози кои се доставуваат кон барањето:

3. Програма со содржина на стручното усовршување, апстракт / резиме на стручното усовршување, податоци за користена литература,
4. CV на предавачите,
5. Доказ дека предавачот има најмалку три години работно искуство во областа на својата стручна / научна подготовка,
6. Потпишани изјави од предавачите за примена на медицина базирана на докази,
7. Потпишани изјави од предавачите за надминување на судир на интереси,
8. Испитен формулар за проверка на знаење на слушателите (доколку е предвиден),
9. Изјава за начинот на обезбедување на достапноста на стручното усовршување до сите фармацевти под еднакви услови

По наоѓање на Комисијата, организаторот е должен да достави и други докази во прилог на барањето.

ОБВРСКИ НА ОРГАНИЗАТОРОТ И КОМОРАТА

Барањето за оценување на стручно усовршување организаторот го поднесува најмалку 30 дена пред неговото одржување. Комисијата проверува дали барањето за оценување на стручното усовршување е комплетно. Доколку Комисијата утврди дека барањето за оценување на стручното усовршување е некомплетно, ќе побара од барателот да го дополни барањето во рок од 15 дена. Доколку барателот не го дополни барањето за оценување на стручното усовршување во рок од 15 дена, Комисијата ќе го отфрли. Отфрленото барање за оценување на стручно усовршување не може повторно да се поднесе пред истекување на 15 дена од денот на отфрлањето.

При повторно поднесување на отфрлено барање за оценување на стручно усовршување, барателот повторно ги надоместува трошоците на оценувањето. Комисијата ќе го оценува стручното усовршување само ако стручното усовршување е достапно за сите фармацевти без оглед на местото на живеалиште, престојувалиште, вработување и сл. Организаторот кон барањето за оценување на стручното усовршување приложува изјава за начинот на обезбедување на достапноста.

По поднесеното барање за оценување на стручното усовршување Комисијата донесува одлука во рок од 30 дена од денот на доставување на комплетното барање. Против одлуката на Комисијата може да се изјави приговор до Извршниот одбор на Комората во рок од 8 дена од денот на приемот на одлуката. По поднесениот приговор, Извршниот одбор на Комората одлучува во рок од 30 дена.

Организаторот на стручното усовршување и Комората склучуваат договор за меѓусебни права и обврски. Извршниот одбор на Комората донесува ценовник за висината на надоместокот за оценување на облиците на стручно усовршување. Организаторот на стручното усовршување може на фармацевтот по завршување на стручното усовршување да му издаде сертификат за учество на негово барање.

Датум:

Организатор:
Печат и потпис на одговорното лице

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 активността, туку да помогне во неговото надминување. Изјавата има за цел да ги информира учесниците на активността 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 авторитет 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 недокажана 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.

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. _____