**FORMULÁRIO DE APOIO CIENTÍFICO a HCOs**

**Os dados coletados neste questionário têm única e exclusiva finalidade de solicitação de apoio educacional/científico para a Astellas. Os dados não serão compartilhados com terceiros, bem como serão armazenados apenas para este fim específico.**

# DETALHES DO SOLICITANTE Do APOIO científico

| **Detalhes da Organização de Saúde (HCO)**  |
| --- |
| Nome da HCO (Razão Social):      |
| Telefone de contato:  |
| Endereço:      |
| Endereço de e-mail:      | *Website*:       |
| Selecione o item que melhor descreve sua organização: **Hospital governamental ou público**Hospital de Ensino Financiado pelo Governo, de Especialidades ou Geral**OU**1. **Hospital privado**

**OU**1. **Sociedades ou associações médicas**

Nacionalmente reconhecidas e com estrutura de governança formal em vigor. 1. **Outra** (Por exemplo, Universidade, Grupo de Pesquisa)

  | ☐ Confirmo que minha organização é:<0}☐1. Hospital Governamental/Público☐2. Hospital Privado☐3. Sociedade/Associação Médica ☐4. Outra – queira, por gentileza, descrever:       |
| Sua organização, ou qualquer um dos seus oficiais ou diretores, foi acusada de, ou condenada por qualquer questão relacionada a suborno, corrupção, fraude ou lavagem de dinheiro nos últimos cinco (5) anos? | <}0{>0 Confirmo que minha organização NÃO foi acusada de, ou condenada por, qualquer uma das questões listadas<0}  |
| Confirma que os fundos obtidos deste apoio científico irão para uma conta bancária sujeita à governança/processo de auditoria interna aplicado pela organização de acordo com os requisitos fiscais locais?  | <}0{>0 Confirmo<0 |
|  |  |
| **Hospitais:** Quantos profissionais de saúde (associados/corpo clínico/membros) a instituição possui? (Inserir apenas números)  | <}0{>     <0 |
| **Sociedades ou associações médicas:** Selecione as opções que representam a sua organização:0{>☐ Sua Sociedade/Associação tem cobertura nacional (ou mais ampla)☐ Sua Sociedade/Associação tem mais de 100 membros ativos☐ Sua Sociedade/Associação tem um(a) secretário(a)/assistente ou pessoa semelhante para supervisionar sua associação/atividades☐ Sua Sociedade/Associação realiza reuniões para seus membros todo ano☐ Sua Sociedade/Associação não é estabelecida para o objetivo primário ou exclusivo de receber/entregar concessões de educação médica☐ Não aplicável – a organização não é uma Sociedade ou Associação Médica **Comentários:**       |
| Qual a área de interesse da sua organização? (Selecione todas que se aplicarem) | ☐ Oncologia☐Hematologia☐Nefrologia☐Urologia☐Imunologia☐Saúde feminina☐Doenças metabólicas |
| Você pode confirmar que a HCO tem capacidade para organizar e executar as exigências logísticas dessas solicitações através do seu próprio pessoal administrativo ou de um terceiro? | ☐ Confirmo que a organização tem a capacidade logística exigida |
| **Sobre sua organização**: descreva brevementea organização e porque você acredita que ela seja uma boa candidata para o apoio científico:      |

# DETALHES DO EVENTO

|  |  |
| --- | --- |
| **Para qual evento você está solicitando apoio científico?**  |       |
| **Data e local do evento:**  |       |
| **Agenda/Detalhes do evento:** | Inclua aqui a agenda/os detalhes:       |
| ***Conference Vetting System* (CVS) – e4ethics:** O evento recebeu uma avaliação positiva na e4ethics? Isso é solicitado para a Astellas considerar o suporte para um evento aplicável.<https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective> OBSERVAÇÃO: Essa avaliação é exigida para reuniões internacionais importantes, sendo realizadas em países dentro do escopo do Código EFPIA e das quais se esperam atrair um total de, no mínimo, 500 participantes de mais de 5 países. Congressos que são inteiramente virtuais, sem presença física de atendentes, estão fora do escopo. | ☐ Sim ☐ Não ☐ Não aplicável. Justificativa:       |
| **Acreditação do evento**O evento solicitado deve ser credenciado por um órgão de acreditação reconhecido. Forneça o nome do órgão de acreditação do evento: | ☐Confirmo que o evento é acreditado. Queira, por gentileza, fornecer os detalhes do provedor acreditado:       |
| **Avaliação das necessidades:** Que necessidade educacional esta solicitação atende? Esta atividade médica satisfaz uma necessidade científica/médica importante? A atividade beneficiará o conhecimento científico ou a prática clínica?  | **Por gentileza, fornecer detalhes:**      |
| **Resultados educacionais:**Como os resultados educacionais serão medidos? Como a mudança no conhecimento do HCP será medida? Como o impacto nos cuidados com o paciente será medido? Como o conhecimento será compartilhado? | **Por gentileza, fornecer detalhes**:       |

# DETALHES DA SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **Apoio científico solicitado na data:**  |       |
| **Quantidade de HCPs aos quais você pretende solicitar apoio científico:** (máximo de 10) |       |
| **Descrição do apoio solicitado:** |       |
| **Discriminação de custos do apoio:**Fornecer um detalhamento de custos dos itens que o apoio científico cobriria |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item**  | **Quantidade de HCPs** Observação: Máximo = 10 | **Custo**  |
| Inscrição  |       |       |
|  Passagens aéreas |       |       |
| Acomodação  |       |       |
|  |  | **Total\*:**       |

\*Quantia total proposta para cobrir o acima. A quantia solicitada será analisada pela Astellas. Caso o apoio seja aprovado, não garantimos que será com a quantia total solicitada.  |
| **Você solicitou apoio de outras formas?** | Se sim, por gentileza, fornecer detalhes:       |
| **Detalhes de como o apoio irá beneficiar/melhorar o atendimento ao paciente** | **Esta seção deve conter informações sobre:** Qual necessidade educacional esta solicitação soluciona? Como esta proposta irá preencher essa necessidade? Como os pacientes serão impactados positivamente por este apoio?      |
| **Declaração de responsabilidade**  | Declaro para os devidos fins de direito, sob pena de responder civil e criminalmente pelos danos que sejam ocasionados por eventuais incorreções, que as informações fornecidas são verdadeiras e me responsabilizo pela autenticidade e veracidade das mesmas: - estou ciente de que a organização será submetida a *Due Diligence* antes da assinatura do contrato;- a organização é totalmente responsável por toda a logística (ou seja, organização de viagens, hospedagem, inscrição no congresso) para o profissional de saúde comparecer ao evento; e - após o término do congresso, a organização deve demonstrar as evidências de que o financiamento foi usado de acordo com o contrato firmado entre as partes (Astellas e HCO) e, se não, a organização deve devolver o financiamento à Astellas imediatamente ou mediante solicitação por escrito da Astellas.Nome:      Cargo:      Data:       |