***Este Formulário de Solicitação de Subsídio/Grant da Organização de Saúde (HCO) pode ser usado por HCOs qualificadas para enviar uma solicitação de subsídio, a fim de apoiar a participação de Profissionais de Saúde (HCPs) em um congresso científico nacional ou internacional, com o intuito de permitir uma educação de HCP (Healthcare Professional/Profissional de Saúde) que tenha um impacto significativo e positivo no atendimento ao paciente. A Astellas mantém uma política estrita de não solicitar subsídios e não fornece subsídios com o objetivo de induzir ou recompensar prescrições de seus produtos.***

***Todos os dados coletados neste formulário têm o propósito único e exclusivo de solicitar suporte educacional da Astellas. Os dados não serão compartilhados com terceiros e serão armazenados somente para essa finalidade específica.***

1. **DETALHES DA SOLICITANTE DO SUBSÍDIO**

| **Detalhes da Organização Solicitante** | | |
| --- | --- | --- |
| Nome da Organização de Saúde: | | |
| Endereço: | | |
| E-mail: | Site: | |
| Você pode confirmar se a sua organização é uma das seguintes?   1. **Hospital Público ou Governamental**   Hospital geral, especializado ou de ensino financiado pelo governo  **OU**   1. **Hospital Particular**   Observe que, dependendo do seu país/região, é possível que não possamos atender a solicitações de hospitais particulares.  **OU**   1. **Associações ou Sociedades Médicas**   Reconhecidas nacionalmente, com administração profissional e estrutura de governança formal próprias. Por exemplo, universidades públicas, sociedades de áreas de terapia específicas, instituições, associações, faculdades e universidades com uma estrutura de governança formal   1. **Outro (**Ex: universidade, grupo de pesquisa) | | Confirmo que a minha organização é (marque qual opção se aplica):  1. Hospital Público/Governamental  2. Hospital Particular  3. Associação/Sociedade Médica  4. Outro – descreva: |
| Você pode confirmar se a sua organização **NÃO** é uma das seguintes?   * Centro de saúde/Clínica geral * Associações e grupos profissionais não reconhecidos em nível nacional e/ou pertencentes a/administrados por profissionais de saúde | | Confirmo que a minha organização **NÃO** é um desses grupos |
| A sua organização, ou qualquer um de seus executivos ou diretores, foi acusada ou condenada por qualquer questão envolvendo suborno, corrupção, fraude ou lavagem de dinheiro nos últimos 5 (cinco) anos? | | Confirmo que a minha organização NÃO foi acusada nem condenada por nenhum dos motivos listados |
| Você pode confirmar se os fundos irão para uma conta do banco central sujeita à governança/processo de auditoria interna aplicado pela organização de acordo com os requisitos fiscais locais? | | Confirmo que os fundos irão para uma conta do banco central sujeita à governança/processo de auditoria interna aplicado pela organização de acordo com os requisitos fiscais locais. |
| **Hospitais**: Confirme o tamanho da sua organização – quantos profissionais de saúde (HCPs) trabalham no seu hospital. Selecione uma opção:  <50  50 – 100  101 – 250  251 – 500  >500  Não aplicável - a organização não é um hospital | | |
| **Associações ou Sociedades Médicas:** Confirme o seguinte:  A sua Associação/Sociedade tem cobertura nacional (ou mais ampla)  A sua Associação/Sociedade tem mais de 100 membros ativos  A sua Associação/Sociedade tem um secretariado ou cargo semelhante para supervisionar seus membros/atividades  A sua Associação/Sociedade realiza reuniões anuais para seus membros  A sua Associação/Sociedade não está configurada com o objetivo principal ou único de receber/distribuir subsídios de educação médica  Não aplicável - a organização não é uma Associação ou Sociedade Médica  **Comentários:** | | |
| Quais tópicos de educação médica serão cobertos por esse subsídio? | | Oncologia  Hematologia  Nefrologia  Urologia  Imunologia (inclusive transplante)  Saúde da mulher |
| Você pode confirmar se a Organização de Saúde (HCO) tem capacidade para organizar e executar os requisitos logísticos dessas solicitações por meio de sua própria equipe administrativa ou de terceiros? | | Confirmo que a organização tem a capacidade logística necessária |
| **Sobre a sua Organização:** (Inclua uma breve descrição da sua organização e por que você acredita que ela é uma boa candidata a um Subsídio Educacional Médico, no espaço fornecido abaixo): | | |

1. **Detalhes do Evento**

|  |  |
| --- | --- |
| **Para qual evento você está solicitando apoio para a participação de profissionais de saúde?** |  |
| **Data e local do evento:** |  |
| **Agenda/detalhes do evento:** | Forneça ou anexe agenda/detalhes. |
| **Conference Vetting System (CVS) - e4ethics:**  O evento recebeu uma avaliação positiva sobre o e4ethics? Isso é necessário para que a Astellas considere o apoio para um evento aplicável.  <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/>  OBSERVAÇÃO: Esta avaliação é necessária para as principais reuniões internacionais realizadas em países dentro do escopo do Código EFPIA e espera-se que atraia um total de pelo menos 500 participantes de mais de 5 países. Congressos inteiramente virtuais, sem delegados presenciais, estão fora do escopo. | Sim  Não  Não aplicável. Explique o porquê: |
| **Credenciamento de eventos**  Esse evento é credenciado por um organismo de credenciamento reconhecido? | Confirmo que o evento está credenciado. Forneça os detalhes do provedor credenciado: |
| **Avaliação das necessidades:**  Que necessidade ou lacuna educacional esse pedido apoia? A atividade médica atende a uma necessidade científica/médica importante? A atividade promoverá o conhecimento científico ou a prática clínica? | Forneça detalhes: |
| **Resultados educacionais:**  Como os resultados educacionais serão medidos? Como a mudança no conhecimento do profissional de saúde será medida? Como o impacto no atendimento ao paciente será medido? Como o conhecimento será compartilhado? | Forneça detalhes: |

1. **Detalhes da solicitação do subsídio**

|  |  |
| --- | --- |
| **Subsídio requerido até a data:** |  |
| **Número de profissionais de saúde que você pretende apoiar:** (máximo de 10) |  |
| **Descrição do apoio solicitado:** |  |
| **Detalhamento dos custos do subsídio:**  Forneça um detalhamento dos custos dos itens para os quais o financiamento do subsídio será utilizado | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Item** | **Número de Profissionais de Saúde**  Observação: Máximo = 10 | **Custo** | | Inscrição |  |  | | Viagem (p. ex., voo) |  |  | | Acomodação |  |  | |  |  | **Total\*:** |   \*Montante total destinado a cobrir os itens acima. O valor solicitado será analisado primeiro pela Astellas. Se aprovado, não garantimos que o valor aqui solicitado será concedido por inteiro |
| **Você solicitou apoio de outras fontes?** | Em caso afirmativo, forneça detalhes: |
| **Detalhes de como o apoio irá melhorar/manter o atendimento ao paciente** | **Esta seção deve conter informações sobre:**  Que necessidade ou lacuna educacional esse pedido apoia? Como essa proposta irá atender a essa necessidade? Como os pacientes serão beneficiados por esse apoio? |
| **Declaração de Responsabilidade** | Declaro para todos os efeitos legais que as informações prestadas são verdadeiras e sou responsável por sua autenticidade e veracidade.  Nome:  Cargo:  Data: |