

Formulário para pedido de subsídio para HCO

Este Formulário de pedido de subsídio para organizações de cuidados de saúde (HCO) pode ser usado por HCOs qualificadas para submeter um pedido de subsídio para apoiar a participação de profissionais de saúde (HCPs) num congresso científico nacional ou internacional, com vista à formação de HCP com um impacto significativo e positivo nos cuidados ao doente. A Astellas mantém uma política estrita de não solicitar subsídios e não fornece subsídios com o objetivo de induzir ou recompensar prescrições de produtos da Astellas.

Todos os dados recolhidos neste formulário têm como única e exclusiva finalidade solicitar apoio educativo à Astellas. Os dados não serão partilhados com terceiros e apenas serão guardados para esta finalidade específica.

SECÇÃO 1: DETALHES DO REQUERENTE DO SUBSÍDIO

Nome da HCO:	
Morada:	
Endereço de e-mail:	URL do site da HCO:
Confirmo que a minha organização é: <input type="checkbox"/> Hospital estatal/público Hospital universitário, especializado ou geral financiado pelo governo <input type="checkbox"/> Hospital privado Observação: a Astellas pode não atender a pedidos de Hospitais Privados - dependendo do país	Quantos HCPs são funcionários do seu hospital? <input type="checkbox"/> <50 <input type="checkbox"/> 50-100 <input type="checkbox"/> 101-250 <input type="checkbox"/> >251-500 <input type="checkbox"/> >500
<input type="checkbox"/> Sociedade/Ordem dos Médicos Reconhecida a nível nacional, com a sua própria administração profissional e estrutura formal de gestão. Por exemplo, "Royal Colleges", sociedades de áreas específicas terapêuticas, instituições, associações, faculdades e bolsas de residência médica com uma estrutura de gestão formal em vigor.	Confirme se a sua sociedade/ordem: <input type="checkbox"/> Tem cobertura nacional (ou mais ampla) <input type="checkbox"/> Tem mais de 100 membros ativos <input type="checkbox"/> Tem secretariado ou outra pessoa em cargo semelhante para supervisionar os membros/atividades <input type="checkbox"/> Realiza reuniões anuais para os seus membros <input type="checkbox"/> Não foi criada com o objetivo principal ou exclusivo de receber/pagar bolsas de formação médica

Formulário para pedido de subsídio para HCO

Nota: a Astellas **NÃO** apoia centros de saúde, clínicas gerais/clínicas privadas, associações e grupos profissionais não reconhecidos nacionalmente e/ou detidos/geridos por HCP

Confirmo o seguinte sobre a minha organização:

- Nem a minha organização NEM qualquer um de seus executivos ou diretores foram acusados ou condenados por qualquer assunto relacionado com suborno, corrupção, fraude ou lavagem de dinheiro nos últimos cinco (5) anos.
- Os fundos entrarão numa conta do banco central sujeita à gestão/processo de auditoria interna aplicada(o) pela organização de acordo com os requisitos fiscais locais.
- A minha organização tem capacidade para organizar e executar os requisitos logísticos destes pedidos através do nosso próprio pessoal administrativo ou de terceiros.

Qual é a especialidade coberta por este subsídio?

(selecione apenas UM tópico que seja o mais relevante)

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Imunologia (incluindo transplante) |
| <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Urologia | <input type="checkbox"/> Saúde da mulher |

Sobre a sua organização: (inclua uma breve descrição da sua organização e do motivo pelo qual acredita ser uma boa candidata para um subsídio para HCO):

SECÇÃO 2: DETALHES DO EVENTO

Nome do evento:	Data e local do evento:
Site do congresso ou evento: <i>(obrigatório)</i>	
Programa/detalhes do evento: <i>(forneça ou anexe o programa/detalhes; ou insira o URL aplicável da página oficial do congresso)</i>	

Formulário para pedido de subsídio para HCO

<p>Avaliação das necessidades: <i>(forneça detalhes sobre a necessidade ou lacuna educativa que este pedido satisfaz. A atividade médica corresponde a uma necessidade científica/médica importante? A atividade promoverá o conhecimento científico ou a prática clínica?)</i></p>	<p>Resultados educativos: <i>(forneça detalhes sobre o método de medição dos resultados educativos. Como será medida a evolução dos conhecimentos do HCP? Como será medido o impacto nos cuidados ao doente? Como será partilhado o conhecimento?)</i></p>
<p>Este evento é acreditado por um organismo de acreditação reconhecido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <i>(forneça detalhes do organismo reconhecido)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Sistema de verificação de conferências (CVS) – e4ethics:*</p> <p>O evento recebeu uma avaliação positiva na e4ethics? Este requisito é necessário para que a Astellas considere o apoio para um evento aplicável. Pesquisar eventos – Ethical MedTech EU</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável <i>(explique porquê)</i></p>
<p><i>* Esta avaliação é necessária para grandes reuniões internacionais realizadas em países abrangidos pelo Código EFPIA e com participação estimada de pelo menos 500 pessoas de mais de 5 países. Os congressos totalmente virtuais, sem delegados presenciais, estão fora do âmbito.</i></p>	

SECÇÃO 3: DETALHES DO PEDIDO DE SUBSÍDIO

<p>Apoio por subsídio necessário até à data:</p>	<p>Número de HCPs a apoiar (máx. 10): <i>(a menos que tal seja exigido pela lei local, NÃO deve divulgar nomes ou detalhes de HCPs à Astellas)</i></p>														
<p>Âmbito do apoio solicitado: <i>(forneça uma discriminação de custos dos itens aos quais o subsídio será aplicado)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Taxas de inscrição: NOTA: para congressos internacionais, a Astellas financia apenas as taxas de inscrição.</p>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">N.º de HCPs <i>(máx. de 10)</i></th> <th style="width: 55%;">Detalhes das taxas de inscrição</th> <th style="width: 15%;">Custo na moeda do local do congresso</th> <th style="width: 15%;">Custo na moeda local</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td> <input type="checkbox"/> Presencial / <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Membro / <input type="checkbox"/> Não membro <input type="checkbox"/> Antecipado / <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Outros: </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Subtotal A</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	N.º de HCPs <i>(máx. de 10)</i>	Detalhes das taxas de inscrição	Custo na moeda do local do congresso	Custo na moeda local		<input type="checkbox"/> Presencial / <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Membro / <input type="checkbox"/> Não membro <input type="checkbox"/> Antecipado / <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Outros:			Subtotal A						
N.º de HCPs <i>(máx. de 10)</i>	Detalhes das taxas de inscrição	Custo na moeda do local do congresso	Custo na moeda local												
	<input type="checkbox"/> Presencial / <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Membro / <input type="checkbox"/> Não membro <input type="checkbox"/> Antecipado / <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Outros:														
Subtotal A															

Formulário para pedido de subsídio para HCO

Viagem e alojamento:
 Nota: despesas de viagem e alojamento razoáveis poderão ser financiadas apenas para HCPs que participem em congressos nacionais/se o local do congresso internacional for no país de residência dos HCP(s).

Item	N.º de HCP (máx. de 10)	Detalhes	Custo na moeda cobrada	Custo na moeda local
Viagem		<i>(despesas de voo/comboio por HCP)</i>		
		<i>(Forneça detalhes sobre o meio de transporte, tarifa e classe de serviço ou sobre o cálculo dos custos de transporte)</i>		
Alojamento		<i>(N.º de noites X custo/noite por HCP)</i>		
		<i>(Indique o nome do hotel previsto ou a forma de cálculo dos custos de alojamento, incluindo a classificação por estrelas)</i>		
Subtotal B				

Descrição do apoio solicitado:

Valor total solicitado (Subtotal A + Subtotal B): <i>O valor solicitado será primeiro analisado pela Astellas. Caso o pedido de subsídio seja aprovado, não garantimos que o valor total aqui solicitado seja integralmente concedido.</i>	(na moeda local)
--	-------------------------

Pediu apoio a outras fontes? <i>(tenha em consideração que não pode solicitar financiamento duplicado para que as mesmas pessoas participem num evento)</i>	<input type="checkbox"/> Sim <i>(forneça detalhes)</i> <input type="checkbox"/> Não
---	--

Como é que este subsídio melhorará/manterá os cuidados ao doente? <i>(Forneça detalhes sobre a necessidade ou lacuna educativa que este pedido satisfaz. Como é que esta proposta preencherá essa necessidade? Como é que os doentes sentirão um impacto positivo graças a este apoio?)</i>	
--	--

Termo de responsabilidade:
 Declaro para todos os efeitos legais que as informações prestadas são verdadeiras e responsabilizo-me pela respetiva autenticidade e veracidade.

Nome: _____ **Data:** _____
Título: _____