***Ce formulaire de demande de subvention destiné aux organismes de soins de santé (HCO) peut être utilisé par les entités éligibles sollicitant une subvention visant à soutenir la participation des professionnels de santé (HCP) à un congrès scientifique national ou international à vocation pédagogique, susceptible d’avoir un impact positif significatif sur les soins prodigués aux patients. Astellas applique une politique stricte qui consiste à ne pas solliciter de subventions, et n’accorde pas de subventions dans le but d’inciter ou de récompenser les prescriptions de produits Astellas.***

***Toutes les données collectées dans ce formulaire ont pour seul et unique but de solliciter un soutien pédagogique de la part d’Astellas. Elles ne seront pas communiquées à des tiers, et ne seront conservées qu’à cette fin spécifique.***

1. **DÉTAILS SUR L’ORGANISME DEMANDEUR**

| **Informations sur l’organisme demandeur** |
| --- |
| Nom du HCO :      |
| Adresse :       |
| Adresse e-mail :       | Site Web :        |
| Pouvez-vous confirmer que votre organisme est l’un des suivants ? 1. **Hôpital public**

Hôpital spécialisé, universitaire ou général financé par l’État **OU**1. **Hôpital privé**

Remarque : En fonction du pays ou de la région, nous pouvons être amenés à refuser les demandes de subventions émanant d’hôpitaux privés. **OU**1. **Société ou association médicale**

Reconnu à l’échelle nationale et comprenant sa propre administration professionnelle et sa propre structure de gouvernance officielle. Par exemple, les collèges royaux, les associations de spécialistes, les institutions, les associations de professionnels de santé, les facultés et les programmes de bourses ayant une structure de gouvernance officielle en place1. **Autre (**université ou groupe de recherche, par exemple)
 | [ ]  Je confirme que mon organisme est (veuillez cocher l’option qui s’applique) :[ ]  1. Hôpital public[ ]  2. Hôpital privé[ ]  3. Société/association médicale [ ]  4. Autre – préciser :       |
| Pouvez-vous confirmer que votre organisme **N’EST PAS** l’un des suivants ? * Centre de santé/de médecine générale
* Association et groupe professionnel non reconnu au niveau national et/ou appartenant/dirigé par des HCP
 | [ ]  Je confirme que mon organisme **N’EST PAS** l’un des groupes suivants  |
| Votre organisme (ou l’un de ses dirigeants ou administrateurs) a-t-il été accusé ou reconnu coupable dans le cadre d’une affaire de corruption, de fraude ou de blanchiment d’argent au cours des cinq (5) dernières années | [ ]  Je confirme que mon organisme n’a PAS été accusé ou condamné pour l’un des faits énumérés  |
| Pouvez-vous confirmer que les fonds seront déposés sur un compte bancaire central soumis à une gouvernance/un processus d’audit interne appliqué par l’organisme selon les directives fiscales locales ? | [ ]  Je le confirme |
| **Hôpitaux** : Veuillez confirmer la taille de votre organisation : combien de professionnels de santé (HCP) votre hôpital emploie-t-il ? Veuillez sélectionner une option :[ ]  <50 [ ]  50 – 100 [ ]  101 – 250 [ ]  >251 – 500 [ ]  >500 [ ]  Non applicable - l’organisme n’est pas un hôpital  |
| **Société ou association médicale :** Veuillez confirmer les éléments suivants :[ ]  Votre société/association a une couverture nationale (ou plus large) [ ]  Votre société/association compte plus de 100 membres actifs [ ]  Votre société/association a un secrétariat ou une personne similaire pour superviser ses membres/activités[ ]  Votre société/association tient des réunions avec ses membres chaque année [ ]  Votre société/association n’a pas été constituée dans le but principal ou unique de recevoir/accorder des bourses d’études médicales[ ]  Non applicable. L’organisme n’est pas une société ou une association médicale **Commentaires :**       |
| Quelles sont les spécialités couvertes par cette subvention ?  | [ ]  Oncologie[ ]  Hématologie[ ]  Néphrologie[ ]  Urologie[ ]  Immunologie (y compris la transplantation)[ ]  Santé féminine |
| Pouvez-vous confirmer que votre HCO a la capacité d’organiser et d‘observer les exigences logistiques liées à ces demandes en s’appuyant sur votre propre personnel administratif ou un tiers ? | [ ]  Je confirme que l’organisme a la capacité logistique requise |
| **À propos de votre organisme :** (Veuillez décrire brièvement votre organisme dans l’encadré ci-dessous, en exposant la raison pour laquelle il vous paraît éligible à la subvention pour la formation médicale) :      |

1. **Détails de l’événement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour quel événement demandez-vous un soutien pour la participation des HCP ?**  |       |
| **Date et lieu de l’événement :**  |        |
| **Programme/Détails de l’évènement :** | Veuillez fournir ou joindre le programme/les détails de l’événement.       |
| **Conference Vetting System (CVS) – e4ethics :** L’événement a-t-il reçu une évaluation positive sur e4ethics ? Cette évaluation est nécessaire pour qu’Astellas envisage de prendre en charge un événement. <https://www.ethicalmedtech.eu/conference-vetting-system/objective/> REMARQUE : Cette évaluation est requise pour les grandes réunions internationales qui se déroulent dans des pays concernés par le Code EFPIA et susceptibles d’attirer au moins 500 participants de plus de 5 pays. Les congrès entièrement virtuels, sans délégués en personne, ne sont pas concernés. | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Non applicable. Veuillez donner la raison :       |
| **Accréditation événementielle** Cet événement est-il accrédité par un organisme d’accréditation reconnu ?  | [ ]  Je confirme que l’événement est accrédité. Veuillez fournir les coordonnées de l’organisateur accrédité :       |
| **Questionnaire d’évaluation :** À quel besoin ou lacune cette demande répond-elle ? L’activité médicale répond-elle à un besoin scientifique/médical important ? L’activité fera-t-elle progresser les connaissances scientifiques ou la pratique clinique ? | Merci de fournir des détails :      |
| **Acquis de l’apprentissage :**Comment les acquis d’apprentissage seront-ils mesurés ? Comment l’évolution des connaissances des professionnels de santé sera-t-elle mesurée ? Comment l’impact sur les soins prodigués aux patients sera-t-il mesuré ? Comment les connaissances seront-elles partagées ? | Merci de fournir des détails :       |

1. **Détails de la demande de SUBVENTION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de prise d’effet de la subvention :**  |       |
| **Nombre de professionnels de santé (HCP) que vous avez l’intention de soutenir :** (10 maximum) |       |
| **Description du soutien financier demandé :** |       |
| **Ventilation des coûts couverts par la subvention :**Fournissez une ventilation des coûts qui devraient être couverts par la subvention |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poste**  | **Nombre de professionnels de santé** Remarque : Maximum = 10 | **Coût**  |
| Inscription  |       |       |
| Voyage (par exemple, billet d’avion) |       |       |
| Hébergement  |       |       |
|  |  | **Total\* :**       |

\* Montant total destiné à couvrir ce qui précède. Le montant demandé sera d’abord étudié par Astellas. En cas d’approbation, nous ne garantissons pas que la somme totale demandée sera octroyée |
| **Avez-vous demandé de l’aide à d’autres sources ?**  | Si oui, merci de fournir des détails :       |
| **Précisions sur la façon dont le soutien devrait permettre d’améliorer les soins prodigués aux patients ou de les maintenir à un niveau acceptable** | **Cette section doit contenir des informations sur :** À quel besoin ou lacune cette demande répond-elle ? Comment cet apport comblera-t-il le besoin exprimé ? Dans quelle mesure les patients pourraient-ils être positivement impactés par ce soutien ?      |
| **Déclaration de responsabilité**  | Je déclare à toutes fins légales que les informations fournies sont exactes, et que je me porte responsable de leur authenticité et véracité.Nom :      Fonction :      Date :       |