

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

F. 2003 — 2781

[C — 2003/22563]

**11 JUIN 2003. — Arrêté royal
fixant la procédure relative à l'agrément
du titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, notamment l'article 35^{sexies}, inséré par la loi du 19 décembre 1990;

Vu l'arrêté ministériel du 18 décembre 1998 portant composition et fonctionnement de la Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 30 août 2002;

Vu l'avis numéro 34.087/3 du Conseil d'Etat, donné le 4 mars 2003;

Considérant que l'agrément comme pharmacien hospitalier n'est pas une obligation pour l'exercice de l'art pharmaceutique au sein de l'hôpital, mais qu'il s'agit uniquement d'un agrément requis pour porter le titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1° « le Ministre » : le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

2° « Agrément complet » : un agrément qui est accordé en vue de porter le titre professionnel particulier, s'il est satisfait à tous les critères d'agrément fixés par le Ministre;

3° « Agrément provisoire » : un agrément qui est accordé aux personnes qui suivent une formation en vue d'obtenir un agrément complet.

4° « la Commission d'agrément » : la Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers.

CHAPITRE 2. — La Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers

Art. 2. § 1^{er}. La Commission d'agrément se compose comme suit :

1° sept membres représentant les universités belges;

2° sept membres représentant les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers;

3° un fonctionnaire du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement qui exerce la fonction de secrétaire, assisté par un fonctionnaire du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement qui exerce la fonction de secrétaire adjoint.

Les fonctionnaires visés au 3° siègent avec voix consultative.

§ 2. Des suppléants, nommés selon les mêmes modalités, sont adjoints aux membres non-fonctionnaires.

Art. 3. § 1^{er}. Le Président, les deux Vice-présidents, les membres effectifs et les membres suppléants sont nommés pour une période de six ans, renouvelable une fois. La nomination des membres visés à l'article 2, § 1^{er}, 1° et 2°, s'effectue à partir d'une liste double de candidats présentés par les universités belges et les associations professionnelles représentatives des pharmaciens hospitaliers.

Le Président et les deux Vice-présidents sont nommés parmi les membres effectifs.

§ 2. Le Président doit être un pharmacien hospitalier.

Art. 4. Le Bureau de la Commission d'agrément est composé du Président, de deux Vice-présidents, du Secrétaire ou du Secrétaire adjoint. Il est chargé du bon fonctionnement de la Commission d'agrément.

Art. 5. La Commission d'agrément peut instituer, en son sein, des groupes de travail chargés d'une mission précise et solliciter l'avis d'experts de son choix.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

N. 2003 — 2781

[C — 2003/22563]

**11 JUNI 2003. — Koninklijk besluit
tot vaststelling van de procedure betreffende de erkenning
van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker**

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, inzonderheid artikel 35^{sexies}, ingevoegd bij de wet van 19 december 1990;

Gelet op het ministerieel besluit van 18 december 1998 houdende samenstelling en werking van de Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 30 augustus 2002;

Gelet op het advies nummer 34.087/3 van de Raad van State, gegeven op 4 maart 2003;

Overwegende dat de erkenning als ziekenhuisapotheker geen verplichting is voor de uitoefening van de artseneerbereidkunde in het ziekenhuis, doch dat het hier enkel en alleen gaat om een erkenning met het oog op het dragen van de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — Algemene bepalingen

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder :

1° « de Minister » : de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;

2° « Volledige erkenning » : een erkenning die wordt verleend met het oog op het dragen van de bijzondere beroepstitel, indien wordt voldaan aan alle, door de Minister vastgestelde, erkenningscriteria;

3° « Voorlopige erkenning » : een erkenning die wordt verleend aan personen die in opleiding zijn met het oog op het bekomen van een volledige erkenning.

4° « de Erkenningscommissie » : de Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers.

HOOFDSTUK 2. — De Erkenningscommissie voor ziekenhuisapothekers

Art. 2. § 1. De Erkenningscommissie bestaat uit :

1° zeven leden vertegenwoordigers van de Belgische universiteiten;

2° zeven leden vertegenwoordigers van de representatieve beroepsverenigingen voor ziekenhuisapothekers;

3° een ambtenaar van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu die de functie van secretaris uitoefent, bijgestaan door een ambtenaar van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu die de functie van adjunct-secretaris uitoefent.

De in 3° bedoelde ambtenaren hebben zitting met een raadgevende stem.

§ 2. Aan de leden niet-ambtenaar worden plaatsvervaarders toegevoegd, die onder dezelfde voorwaarden worden benoemd.

Art. 3. § 1. De Voorzitter, de twee Ondervoorzitters, de gewone en de plaatsvervangende leden worden benoemd voor een periode van zes jaar, die eenmaal kan worden verlengd. De benoemingen van de in artikel 2, § 1, 1° en 2° bedoelde leden geschieden uit een dubbeltal voorgedragen door de Belgische universiteiten en door de representatieve beroepsverenigingen voor ziekenhuisapothekers.

De Voorzitter en de twee Ondervoorzitters worden benoemd onder de werkende leden.

§ 2. De Voorzitter moet een ziekenhuisapotheker zijn.

Art. 4. Het dagelijks bestuur van de Erkenningscommissie bestaat uit de Voorzitter, de twee Ondervoorzitters, de Secretaris of de Adjunct-secretaris. Het staat in voor de goede werking van de Erkenningscommissie.

Art. 5. De Erkenningscommissie kan in zijn midden werkgroepen oprichten, belast met een welomschreven opdracht en het advies inwinnen van deskundigen naar keuze.

Art. 6. § 1^{er}. La Commission d'agrément ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins des membres visés à l'article 2, § 1^{er}, 1^o et 2^o sont présents. La Commission d'agrément peut, après une deuxième convocation avec le même ordre du jour, émettre valablement un avis quel que soit le nombre de membres présents.

§ 2. La Commission d'agrément décide à la majorité simple des voix des membres. En cas de parité des voix, celle du Président est prépondérante.

Art. 7. § 1^{er}. Si le Ministre demande l'avis de la Commission d'agrément, celle-ci le donne dans les deux mois; le Ministre peut, sur demande motivée, prolonger ce délai de deux mois.

Dans des cas exceptionnels, le Ministre peut demander un avis urgent; il fixe le délai qui ne peut être inférieur à huit jours.

§ 2. Le résultat du scrutin est joint à cet avis; les notes de minorité sont communiquées avec l'avis majoritaire.

Art. 8. La Commission d'agrément doit se réunir au moins deux fois l'an.

Art. 9. La Commission d'agrément établit son règlement d'ordre intérieur et le soumet à l'approbation du Ministre.

Art. 10. La Commission d'agrément a son siège au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à Bruxelles.

Art. 11. Les frais de séjour, ainsi que les jetons de présence sont payés, dans les conditions prévues à l'arrêté du Régent du 15 juillet 1946 fixant le montant des jetons de présence et les frais alloués aux membres des commissions permanentes ressortissant au département de la Santé publique et de la Famille, aux Président, Vice-présidents, membres et experts de la Commission d'agrément.

Par dérogation aux dispositions de l'arrêté du Régent du 15 juillet 1946, le montant des jetons de présence est porté à 13 euros pour les Président et Vice-présidents et à 10 euros pour les membres et experts, par séance qui dure au moins deux heures.

Les frais de parcours sont remboursés conformément à l'arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours.

Art. 12. Après autorisation du Ministre ou de son délégué, la Commission d'agrément peut charger un ou plusieurs membres ou experts d'établir des rapports ou d'effectuer des enquêtes. Les frais afférents à ces rapports et enquêtes sont à charge du budget du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

CHAPITRE 3. — *Procédure pour l'obtention de l'agrément comme pharmacien hospitalier et la prorogation de l'agrément comme pharmacien hospitalier requis pour porter le titre professionnel particulier*

Art. 13. Les personnes qui souhaitent obtenir l'agrément de leur titre professionnel particulier de pharmacien hospitalier, introduisent une demande auprès du Ministre, au moyen d'un formulaire dont le modèle est arrêté en annexe 1^{re}.

Art. 14. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives établissant qu'il est satisfait aux critères d'agrément fixés par le Ministre.

Art. 15. La demande d'agrément est soumise par le Ministre à l'avis de la Commission d'agrément qui dispose à cet effet d'un délai de quatre mois.

Art. 16. L'agrément complet comme pharmacien hospitalier est accordé par le Ministre pour une période de cinq ans et peut être prorogé conformément aux conditions qu'il détermine.

Art. 6. § 1. De Erkenningscommissie kan alleen geldig beslissen wanneer minstens de helft van de in artikel 2, § 1, sub 1^o en 2^o bedoelde leden aanwezig zijn. Na een tweede oproeping met dezelfde agenda kan de Erkenningscommissie geldig advies uitbrengen, ongeacht het aantal aanwezige leden.

§ 2. De Erkenningscommissie beslist bij gewone meerderheid van stemmen van de leden. In geval van staking van stemmen is de stem van de Voorzitter doorslaggevend.

Art. 7. § 1. Indien de Minister de Erkenningscommissie om advies verzoekt, brengt deze laatste zijn advies uit binnen de twee maand; op gemotiveerd verzoek kan de Minister deze termijn met twee maand verlengen.

In uitzonderlijke gevallen kan de Minister een dringend advies vragen; hij bepaalt alsdan de termijn die niet minder dan acht dagen mag zijn.

§ 2. Bij dit advies wordt de uitslag van de stemmen gevoegd; samen met het meerderheidsadvies worden de minderheidsstandpunten meegedeeld.

Art. 8. De Erkenningscommissie moet ten minste twee keer per jaar samenkomen.

Art. 9. De Erkenningscommissie stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het ter goedkeuring voor aan de Minister.

Art. 10. De Erkenningscommissie heeft zijn zetel bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu te Brussel.

Art. 11. De verblijfkosten, alsmede het presentiegeld worden betaald, onder de voorwaarden gesteld door het besluit van de Regent van 15 juli 1946 tot bepaling van het bedrag van het presentiegeld en van de kosten uitgekeerd aan de leden van de vaste commissies die van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin afhangen, aan de Voorzitter, Ondervoorzitters, leden en deskundigen van de Erkenningscommissie.

In afwijking van de bepalingen van het besluit van de Regent van 15 juli 1946, wordt het bedrag van het presentiegeld op 13 euro gebracht voor de Voorzitter en de Ondervoorzitters en 10 euro voor de leden en deskundigen, per zitting die ten minste twee uren duurt.

De reiskosten worden terugbetaald overeenkomstig het koninklijk besluit van 18 januari 1965 houdende algemene regeling inzake reiskosten.

Art. 12. Mits machtiging van de Minister of van zijn afgevaardigde, kan de Erkenningscommissie één of meer leden of deskundigen belasten met het opstellen van verslagen of het verrichten van onderzoeken. De kosten veroorzaakt door deze verslagen en onderzoeken vallen ten laste van de begroting van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

HOOFDSTUK 3. — *Procedure voor het bekomen van de erkenning als ziekenhuisapotheker en de verlenging van de erkenning als ziekenhuisapotheker met het oog op het dragen van de bijzondere beroepstitel*

Art. 13. De personen die wensen dat hun bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker erkend wordt, dienen een aanvraag in bij de Minister, door middel van een formulier waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 1.

Art. 14. Bij de aanvraag dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 15. De Minister legt de aanvraag tot erkenning voor aan de Erkenningscommissie die over een termijn van vier maanden beschikt om terzake een advies uit te brengen.

Art. 16. De volledige erkenning als ziekenhuisapotheker wordt door de Minister verleend voor een periode van vijf jaar en kan worden verlengd overeenkomstig de door hem bepaalde voorwaarden.

L'agrément provisoire comme pharmacien hospitalier, d'une durée maximum de 3 ans, est accordé une seule fois et ne peut pas être prorogé.

Art. 17. Les personnes qui souhaitent obtenir une prorogation de l'agrément complet doivent introduire leur demande de prorogation auprès du Ministre au moins six mois avant que l'agrément comme pharmacien hospitalier n'arrive à échéance, au moyen d'un formulaire dont le modèle est arrêté en annexe 2.

Art. 18. La demande d'obtention de la prorogation doit être accompagnée des pièces justificatives établissant qu'il est satisfait aux critères d'agrément fixés par le Ministre.

Art. 19. S'il s'avère, après examen de la demande d'agrément comme pharmacien hospitalier qu'il est répondu aux conditions d'agrément comme pharmacien hospitalier, le pharmacien concerné est inscrit sur la liste des pharmaciens hospitaliers agréés par la Commission d'agrément.

Art. 20. § 1^{er}. A titre de preuve de l'inscription sur la liste des pharmaciens hospitaliers agréés, l'intéressé reçoit une attestation indiquant qu'un agrément complet ou provisoire comme pharmacien hospitalier lui a été accordé.

§ 2. L'attestation mentionne aussi la date à laquelle l'agrément comme pharmacien hospitalier a pris cours.

Art. 21. § 1^{er}. En cas de perte de l'attestation, visée à l'article 20, § 1^{er}, il convient de demander au plus vite un duplicata.

§ 2. Cette demande doit être introduite par lettre recommandée au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement à Bruxelles.

Art. 22. En cas de changement d'adresse, il convient d'avertir au plus vite la Commission d'agrément au Service public fédéral mentionné à l'article 21, § 2.

CHAPITRE 4. — *Procédure de demande d'une approbation de la formation continue*

Art. 23. Les personnes qui souhaitent obtenir une approbation de la formation continue sont tenues, dans les conditions mentionnées ci-après, d'introduire leur demande d'agrément auprès du Ministre, au moyen d'un formulaire dont le modèle est arrêté en annexe 3, A ou B.

Art. 24. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives établissant qu'il est satisfait aux critères d'agrément fixés par le Ministre.

Art. 25. La demande d'approbation est soumise par le Ministre à l'avis de la Commission d'agrément qui dispose à cet effet d'un délai de quatre mois.

CHAPITRE 5. — *Dispositions finales*

Art. 26. L'arrêté ministériel du 18 décembre 1998 portant composition et fonctionnement de la Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers est abrogé.

Art. 27. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 11 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,
J. TAVERNIER

De voorlopige erkenning als ziekenhuisapotheker met een maximumduur van drie jaar, wordt eenmalig verleend en kan niet worden verlengd.

Art. 17. De personen die een verlenging van de volledige erkenning wensen, moeten hun aanvraag tot verlenging minstens zes maand voor het verstrijken van de erkenning als ziekenhuisapotheker indienen bij de Minister, bij middel van een formulier waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 2.

Art. 18. Bij de aanvraag voor het verkrijgen van de verlenging dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 19. Na onderzoek van de aanvraag tot erkenning als ziekenhuisapotheker en indien blijkt dat voldaan is aan de vastgestelde voorwaarden tot erkenning als ziekenhuisapotheker, wordt de betrokken apotheker door de Erkenningscommissie ingeschreven op de lijst van erkende ziekenhuisapothekers.

Art. 20. § 1. Als bewijs van inschrijving op de lijst van erkende ziekenhuisapothekers ontvangt de betrokkene een attest, waarop is aangeduid dat er een volledige of een voorlopige erkenning als ziekenhuisapotheker is verleend.

§ 2. Het attest vermeldt ook de datum waarop de erkenning als ziekenhuisapotheker een aanvang nam.

Art. 21. § 1. Bij verlies van het in artikel 20, § 1 bedoelde attest, dient men zo snel mogelijk een duplicaat aan te vragen.

§ 2. Deze aanvraag dient per aangetekend schrijven te worden gestuurd naar de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu te Brussel.

Art. 22. In geval van een adreswijziging dient men de Erkenningscommissie zo snel mogelijk te verwittigen op de in artikel 21, § 2 vermelde Federale Overheidsdienst.

HOOFDSTUK 4. — *Procedure tot aanvraag van een goedkeuring van de voortgezette opleiding*

Art. 23. De personen die een goedkeuring van de voortgezette opleiding wensen, moeten, overeenkomstig de onderstaande bepalingen, hun aanvraag tot erkenning bij de Minister indienen door middel van een formulier, waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 3, A of B.

Art. 24. Bij de aanvraag dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 25. De Minister legt de aanvraag tot goedkeuring voor aan de Erkenningscommissie die over een termijn van vier maanden beschikt om terzake een advies uit te brengen.

HOOFDSTUK 5. — *Slopbepalingen*

Art. 26. Het ministerieel besluit van 18 december 1998 houdende samenstelling en werking van de Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers wordt opgeheven.

Art. 27. Onze Minister van Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,
J. TAVERNIER

Annexe 1 1
**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers
C.A.E. - Quartier Vésale - étage 2/3 - 1010 Bruxelles

Tél: 02/210 42 24 ou 02/210 42 05 – Fax: 02/210 59 11.

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AUPRÈS DE LA
COMMISSION D'AGRÉMENT DES PHARMACIENS HOSPITALIERS.**

**1. DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE DES PHARMACIENS
HOSPITALIERS AGRÉÉS.**

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ COCHEZ LA OU LES CASE(S) APPROPRIÉE(S) S.V.P.! ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

- JE DEMANDE UN AGRÉMENT COMPLET COMME PHARMACIEN HOSPITALIER. (Remplir 1, 2 et 3)
- JE DEMANDE UN AGRÉMENT PROVISOIRE COMME PHARMACIEN HOSPITALIER : (Remplir 1, 2 et 4)

parce que je suis attaché, dans le cadre d'une formation universitaire complémentaire en pharmacie hospitalière, à une officine hospitalière afin d'obtenir le diplôme ou le certificat de pharmacien hospitalier.

parce que je souhaite suivre une formation complémentaire pour satisfaire au programme minimum de formation théorique et d'expérience professionnelle exigé en vue d'obtenir l'agrément complet.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR.

Prénoms:		1	Nom:			
Adresse:				N°:		Boîte:
Code postal:	Commune:					
Pays:						
Téléphone:				Fax:		
E-mail:						
Sexe:	Masculin: <input type="checkbox"/>	Féminin: <input type="checkbox"/>	Nationalité:		Langue:	
Lieu de naissance:				Date de naissance:		
Pays natal:			N° Registre national:	_ _ . _ _ . _ _ _ _ _ _		

¹ Si vous n'utilisez pas votre nom patronymique, veuillez l'indiquer.

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 2

ADRESSE POSTALE. (à remplir si celle-ci diffère de l'adresse habituelle.)

Adresse:		N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:			
Pays:					
Téléphone:		Fax:			
E-mail:					

2. FORMATION DE BASE² SUIVIE EN PHARMACIE.

DÉNOMINATION DU DIPLOME OU DU CERTIFICAT DE PHARMACIEN OU DE TOUT AUTRE TITRE OBTENU DANS LE DOMAINE DE LA PHARMACIE:

--

NOM DE L'UNIVERSITÉ OU DE L'INSTITUT DE FORMATION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:

Nom:					
Adresse:		N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:			
Pays:					
Téléphone:		Fax:			

PÉRIODE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:

DU : (JJ/MM/AAAA)		AU : (JJ/MM/AAAA)	
-----------------------------	--	-----------------------------	--

² Veuillez joindre au présent formulaire une copie certifiée conforme de votre diplôme, certificat ou autre titre.

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 3

3. SI VOUS DEMANDEZ UN AGRÉMENT COMPLET³.**DÉNOMINATION DU DIPLOME OU DU CERTIFICAT DE PHARMACIEN HOSPITALIER, OU DE TOUT AUTRE TITRE OBTENU DANS LE DOMAINE DE LA PHARMACIE⁴:**

NOM DE L'UNIVERSITÉ OU DE L'INSTITUT DE FORMATION OÙ VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:

Nom:							
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					
Pays:							
Téléphone:				Fax:			

NOMBRE TOTAL D'HEURES DE LA FORMATION COMPLEMENTAIRE OU SPÉCIALISATION SUIVIE⁵:

HEURES :	
-----------------	--

PÉRIODE PENDANT LAQUELLE VOUS AVEZ SUIVI CETTE FORMATION:

DU : (JJ/MM/AAAA)		AU : (JJ/MM/AAAA)	
-----------------------------	--	-----------------------------	--

³ Ce module doit être rempli pour toute formation autre que celle de pharmacien hospitalier. Vous pouvez donc photocopier cette page.

⁴ Veuillez joindre au présent formulaire une copie certifiée conforme de votre diplôme, certificat ou autre titre **ou** une copie certifiée conforme de la preuve qu'avant le 12 juillet 1986 vous étiez employé dans une officine hospitalière ou dans un dépôt de médicaments et que vous vous êtes fait connaître avant le 12 janvier 1987 auprès du Ministre de la Santé publique.

⁵ Veuillez joindre au présent formulaire le programme de la formation complémentaire ou de la spécialisation (théorie et expérience professionnelle). Pour chaque année de formation complémentaire ou de spécialisation, le programme doit mentionner les matières suivies et le nombre d'heures de chaque matière.

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 4

LIEU DE TRAVAIL AU MOMENT DE LA DEMANDE:

Nom:			
Adresse:		N°:	Boîte:
Code postal:	Commune:		
Pays:			
Téléphone:		Fax:	

ÊTES-VOUS LIÉ, EN TANT QUE PHARMACIEN, PAR UN CONTRAT DE TRAVAIL À UNE OFFICINE HOSPITALIÈRE ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

SI OUI, QUELLE FONCTION EXERCEZ-VOUS ?

Fonction		Depuis : (JJ/MM/AAAA)	
Service:		Durée de travail:	Heures / semaine

SI OUI, QUEL EST LE NUMÉRO D'AGRÈMENT DE L'HÔPITAL (N° C.T.I.) ?

--

C.T.I. = Centre de Traitement de l'Information du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

SI VOUS N'ÊTES PAS LIÉ À UN HÔPITAL, QUELLE FONCTION EXERCEZ-VOUS ?

<input type="checkbox"/> PHARMACIEN HOSPITALIER	<input type="checkbox"/> PHARMACIEN D'INDUSTRIE
<input type="checkbox"/> AUTRE ...	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 5

4. SI VOUS DEMANDEZ UN AGRÉMENT PROVISOIRE.

S'AGIT-IL D'UNE PREMIÈRE DEMANDE D'AGRÉMENT PROVISOIRE ?

<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
------------------------------	------------------------------

SI NON, QUEL EST LE NUMÉRO D'AGRÉMENT FIGURANT SUR L'ATTESTATION OBTENUE COMME PREUVE DE VOTRE INSCRIPTION PROVISOIRE ?

N°:	
-----	--

SI OUI, POUR QUELLE RAISON DEMANDEZ-VOUS UN AGRÉMENT PROVISOIRE ?

<input type="checkbox"/>	<i>Parce que je suis attaché, dans le cadre d'une formation universitaire complémentaire en pharmacie hospitalière, à une officine hospitalière afin d'obtenir le diplôme ou le certificat de pharmacien hospitalier.</i>
	<i>Parce que je souhaite suivre une formation complémentaire pour satisfaire au programme minimum de formation théorique et d'expérience professionnelle exigé en vue d'obtenir l'agrément complet.</i>
<input type="checkbox"/>	AUTRE ...
.....	
.....	
.....	

NOM DE L'UNIVERSITÉ OÙ VOUS SUIVEZ LE PROGRAMME DE SPÉCIALISATION⁶ OU LA FORMATION COMPLÉMENTAIRE:

Nom:			
Adresse:		N°:	Boîte:
Code postal:	Commune:		
Pays:			
Téléphone:		Fax:	

⁶ Veuillez joindre une attestation de l'université certifiant l'inscription régulière au programme de spécialisation de pharmacien hospitalier ainsi qu'une attestation du gestionnaire de l'hôpital certifiant que vous êtes lié par un contrat de travail aux activités de la pharmacie de l'institution concernée pendant une période comprise dans la durée de la spécialisation.

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 6

PREMIER LIEU DE STAGE:

Nom:							
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					
Pays:							
Téléphone:				Fax:			

QUEL EST LE NUMÉRO D'AGRÉMENT DE L'HÔPITAL (N° C.T.I.) ?

--

C.T.I. = Centre de Traitement de l'Information du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

DEUXIÈME LIEU DE STAGE:

Nom:							
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					
Pays:							
Téléphone:				Fax:			

QUEL EST LE NUMÉRO D'AGRÉMENT DE L'HÔPITAL (N° C.T.I.) ?

--

C.T.I. = Centre de Traitement de l'Information du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

Nom et prénom du demandeur: 7

Le présent formulaire doit être envoyé par lettre recommandée à l'adresse suivante:

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers.

Cité administrative de l'État Bruxelles.
Quartier Vésale, étage 2/3, bureau 18
Boulevard Pachéco 19 - Boîte 5
B - 1010 BRUXELLES

Date:

Prénom + nom:

Signature:

EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P. + À ENVOYER PAR LETTRE RECOMMANDÉE S.V.P.

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION !

N° DE L'AGRÉMENT		DEMANDE REÇUE LE:	
N°.	DATE : (JJ/MM/AAAA)		
IDENTITÉ DU DEMANDEUR.			
Prénoms:		Nom:	
Sexe:	Homme: <input type="checkbox"/> Femme: <input type="checkbox"/>		
AVIS DE LA COMMISSION D'AGRÉMENT DES PHARMACIENS HOSPITALIERS.			
<input type="checkbox"/> AVIS POSITIF. AGRÉMENT <u>COMPLET</u> COMME PHARMACIEN HOSPITALIER.			
<input type="checkbox"/> AVIS POSITIF. AGRÉMENT <u>PROVISOIRE</u> COMME PHARMACIEN HOSPITALIER :			
<i>Parce que le demandeur est attaché, dans le cadre d'une formation universitaire complémentaire en pharmacie hospitalière, à une officine hospitalière afin d'obtenir le diplôme ou le certificat de pharmacien hospitalier.</i>			
<i>Parce que le demandeur souhaite suivre une formation complémentaire pour satisfaire au programme minimum de formation théorique et d'expérience professionnelle exigé en vue d'obtenir l'agrément complet.</i>			
<input type="checkbox"/> NÉGATIF !			
<input type="checkbox"/> IRRECEVABLE !			
MOTIVATION ...			
PARAPHE	PARAPHE	AVIS DE LA COMMISSION D'AGRÉMENT :	
		DATE :	
		(JJ/MM/AAAA)	
DÉBUT DE L'AGRÉMENT		FIN DE L'AGRÉMENT	
DATE :		DATE :	
(JJ/MM/AAAA)		(JJ/MM/AAAA)	

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 11 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,
J. TAVERNIER

Annexe 2
**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE
 ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

1

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers

C.A.E. - Quartier Vésale - étage 2/3 - 1010 Bruxelles

 Tél: 02/210 42 24 ou 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROROGATION
 DE L'AGRÈMENT COMME PHARMACIEN HOSPITALIER.**

Identification du demandeur:

A remplir en lettres majuscules s. v. p.

Prénoms:			Nom:				
Date de naissance:		Sexe:	Masculin: <input type="checkbox"/>	Féminin: <input type="checkbox"/>	Nationalité:		
Adresse:					N°:		Boîte:
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Lieu de travail actuel du demandeur:

A remplir en lettres majuscules s. v. p.

Dénomination:							
Adresse:					N°:		Boîte:
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Informations concernant votre agrément complet:

A compléter s.v.p.

Date début d'agrément:	
Numéro d'agrément:	

Comment indiquer dans le tableau les points d'accréditation obtenus?**Combien de points dois-je avoir pour un agrément complet ?**

Vous devez prouver que vous avez obtenu au moins **120 points**. Sur ces 120 points, **60** doivent avoir été obtenus selon la clé de répartition suivante :

- 15 points dans le module 1 (organisation et gestion hospitalière);
- 15 points dans le module 2 (lutte contre les infections nosocomiales);
- 15 points dans le module 3 (pathologie et pharmacothérapie);
- 15 points dans les modules 4 et 5 (technologie hospitalière et radiopharmaceutiques).

Les pièces justificatives afférentes aux points que vous avez obtenus doivent être jointes à la demande.

Le présent formulaire doit être envoyé à l'adresse suivante:

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers.

Cité administrative de l'Etat Bruxelles.
Quartier Vésale, étage 2/3, bureau 18
Boulevard Pachéco 19 - Boîte 5
B - 1010 BRUXELLES

Date:

Prénom + nom:

Signature:

1

Annexe 3A
SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers
 C.A.E. - Quartier Vésale - étage 2/3 - 1010 Bruxelles

 Tél: 02/210 42 24 ou 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

A	Formulaire de demande d'approbation d'une formation continue.	A
----------	--	----------

Nom de l'université ou organisation professionnelle de pharmaciens hospitaliers qui introduit la demande.							
Dénomination:							
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Lieu + date où la formation continue sera donnée.							
Lieu:				DATE	Du:		
					Au:		
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					

Personne responsable de la délivrance des attestations de présence.							
Prénoms:			Nom:				
Sexe:	Masculin: <input type="checkbox"/> Féminin: <input type="checkbox"/>						
Adresse:				N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Contenu de la formation continue.

Le contenu de la formation continue doit figurer en annexe du présent formulaire de demande.

Cet aperçu doit mentionner pour chaque module les sujets qui seront éventuellement traités. Il doit également mentionner le nombre total d'heures effectives de la formation continue.

Les 5 différents modules sont :

Module 1, organisation et gestion hospitalière.

Module 2, lutte contre les infections nosocomiales.

Module 3, pathologie et pharmacothérapie.

Module 4, technologie hospitalière.

Module 5, radiopharmaceutiques.

Le présent formulaire doit être envoyé à l'adresse suivante:

**Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement.**

*Commission d'agrément des
pharmaciens hospitaliers.*

Cité administrative de l'État Bruxelles.
Quartier Vésale, étage 2/3, bureau 18
Boulevard Pachéco 19 - Boîte 5
B - 1010 BRUXELLES

Date:

Prénom + nom:

Signature:

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 11 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,
J. TAVERNIER

Annexe 3B
SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers
 C.A.E. - Quartier Vésale - étage 2/3 - 1010 Bruxelles

 Tél: 02/210 42 24 ou 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

B	Formulaire de demande d'approbation de présentations d'affiches, d'exposés, de publications ou autres qui satisfont aux directives de la commission d'agrément.	B
----------	--	----------

Identification du demandeur.					
Prénoms:		Nom:			
Date de naissance:		Sexe:	Masculin: <input type="checkbox"/>	Féminin: <input type="checkbox"/>	Nationalité:
Adresse:				N°:	Boîte:
Code postal:	Commune:				
Téléphone:			Fax:		
E-mail:					

Lieu de travail actuel comme pharmacien hospitalier.					
Dénomination:					
Adresse:				N°:	Boîte:
Code postal:	Commune:				
Téléphone:			Fax:		
E-mail:					

Informations concernant votre agrément complet. (A compléter s.v.p.)

Date début d'agrément:	
Numéro d'agrément:	

Nom et prénom du demandeur : 2

La commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers examinera, au vu des informations fournies, si vous entrez en ligne de compte pour l'attribution de points d'accréditation.

Ces points d'accréditation sont nécessaires pour obtenir la prorogation d'un agrément complet en tant que pharmacien hospitalier.

Les points d'accréditation sont obtenus en suivant des formations continues dans les matières faisant partie des 5 modules du programme minimum exigé en matière de formation théorique et d'expérience professionnelle. En complétant le présent formulaire, vous demandez à pouvoir bénéficier de points d'accréditation pour votre collaboration à des activités visant à offrir une formation continue à vos collègues pharmaciens hospitaliers.

Les 5 différents modules sont :

- Module 1, organisation et gestion hospitalière.**
- Module 2, lutte contre les infections nosocomiales.**
- Module 3, pathologie et pharmacothérapie.**
- Module 4, technologie hospitalière.**
- Module 5, radiopharmaceutiques.**

Orateur invité.

Je demande l'approbation parce que j'ai présenté, en tant qu'orateur invité, un exposé dans le cadre d'un congrès, d'une journée d'études (national(e) ou international(e)) ou devant un groupe de pharmaciens suivant une formation continue en pharmacie hospitalière.

Nom du congrès, du symposium, ....	.....			
Sujet de l'exposé:	.....			
Date à laquelle l'exposé a eu lieu:	.....	Durée de l'exposé:	..... heures	..... minutes.	
Adresse où l'exposé a eu lieu:	.....		N°:		Boîte:
	Code postal:	.....	Commune:	.....
			Pays :	.....

JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:

Nom et prénom du demandeur : 3

Présentation d'affiches.		(Cochez les cases appropriées s.v.p.)			
Je demande l'approbation parce que j'ai collaboré à une présentation d'affiches dans le cadre d'un programme scientifique:					
<input type="checkbox"/> destinée à un public belge.		<input type="checkbox"/> destinée à un public international.			
<input type="checkbox"/> j'étais auteur principal.		<input type="checkbox"/> j'étais second auteur.			
<input type="checkbox"/>					
Nom/description :					
.....					
Sujet de la présentation d'affiches:					
.....					
Date à laquelle la présentation a eu lieu:					
Adresse où la présentation a eu lieu:		N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:		Pays :	
JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:					

Rapporteur.		(Cochez les cases appropriées s.v.p.)			
Je demande l'approbation parce que j'ai rédigé, en tant que rapporteur, une synthèse ou des conclusions finales, ou parce que j'ai assumé une fonction de modérateur.					
Nom du congrès, du symposium, ...		.....	
Sujet:		.....		
Date:		Si vous étiez modérateur:		<i>heures</i> ... <i>minutes.</i>	
Adresse:		N°:		Boîte:	
Code postal:		Commune:		Pays :	
JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:					

Nom et prénom du demandeur : 4

Publication dans une revue scientifique. (Cochez les cases appropriées s.v.p.)	
Je demande l'approbation parce que j'ai publié un article dans une revue scientifique :	
<input type="checkbox"/> avec un comité de rédaction. <input type="checkbox"/> sans comité de rédaction.	
<input type="checkbox"/> j'étais auteur principal. <input type="checkbox"/> j'étais second auteur.	
<input type="checkbox"/>	
Nom de la revue :	
Sujet de la publication:	..... ..... ..... .....
Date de publication:	.....
Nom de la revue	.....
Revue publiée : <input type="checkbox"/> en Belgique. <input type="checkbox"/> diffusion internationale.	
<input type="checkbox"/> autre Pays :	
JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:	
<input style="border: 2px solid black;" type="checkbox"/>	

Publication dans un autre type de revue. (Cochez les cases appropriées s.v.p.)	
Je demande l'approbation parce que j'ai publié dans un autre type de revue :	
<input type="checkbox"/> avec un comité de rédaction. <input type="checkbox"/> sans comité de rédaction.	
<input type="checkbox"/> j'étais auteur principal. <input type="checkbox"/> j'étais second auteur.	
<input type="checkbox"/>	
Nom/description :	

Nom et prénom du demandeur : 5

Sujet de la publication:
---------------------------------	----------------------------------

Date de publication:
-----------------------------	-------

Nom de la revue
------------------------	-------

Revue publiée :	<input type="checkbox"/> en Belgique.	<input type="checkbox"/> diffusion internationale.
	<input type="checkbox"/> autre pays :	.....

JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:	
--	--

(Rubrique ouverte! à compléter p. ex. si vous avez fait un voyage d'études)

Je demande l'approbation pour une autre activité (ad hoc).

Définition / sujet de l'activité :
---	----------------------------------

Date de l'activité :	Durée de l'activité :	<i>Heures.</i>	<i>Minutes.</i>
-----------------------------	-------	------------------------------	-------	----------------	-------	-----------------	-------

Adresse:	N°:	Boîte:
-----------------	-------	------------	-------	---------------	-------

Code postal:	Commune:
---------------------	-------	-----------------	-------

Pays :
---------------	-------

Informations complémentaires:
--------------------------------------	----------------------------------

JE SOUHAITE BÉNÉFICIER DE CES POINTS D'ACCREDITATION POUR LE MODULE NUMÉRO:	
--	--

Nom et prénom du demandeur : 6

Le présent formulaire doit être envoyé à l'adresse suivante:

**Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement.**

*Commission d'agrément des
pharmaciens hospitaliers.*

Cité administrative de l'Etat Bruxelles.
Quartier Vésale, étage 2/3, bureau 18
Boulevard Pachéco 19 - Boîte 5
B - 1010 BRUXELLES

Date:

Prénom + nom:

Signature:

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 11 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

J. TAVERNIER

1

Bijlage 1
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

FORMULIER VOOR DE AANVRAAG TOT INSCHRIJVING BIJ DE ERKENNINGSCOMMISSIE VOOR ZIEKENHUISAPOTHEKERS.

1. AANVRAAG TOT INSCHRIJVING OP DE LIJST VAN ERKENDE ZIEKENHUISAPOTHEKERS.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS A.U.B.! ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

- IK VRAAG EEN VOLLEDIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER AAN. (Vul 1, 2 en 3 in)
- IK VRAAG EEN VOORLOPIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER AAN : (Vul 1, 2 en 4 in.)

omdat ik in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden ben aan een ziekenhuisapothek om het diploma of certificaat van ziekenhuisapotheker te behalen.

omdat ik wens een bijkomende opleiding te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.

IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER.

Voor- namen:		¹ Familie- naam:					
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit:			Taal:	
Geboorte- plaats:				Geboorte- datum:			
Geboorte- land:			Nummer Rijksregister:	_ _ _ . _ _ _ . _ _ _ _ _ _			

¹ Indien U niet uw eigen geboortenaam gebruikt, dan moet U dit aanduiden !

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 2

CORRESPONDENTIEADRES. (enkel invullen indien dit verschillend is van het adres.)

Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							

2. DE DOOR U GEVOLGDE BASISOPLEIDING² TOT APOTHEKER.**BENAMING VAN HET DOOR U BEHAALD DIPLOMA OF CERTIFICAAT VAN APOTHEKER OF ANDERE TITEL OP HET GEBIED VAN DE FARMACIE:**

--

BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT OF HET OPLEIDINGSINSTITUUT WAAR U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			

DE PERIODE WAARIN U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Van : (DD/MM/JJJJ)		Tot : (DD/MM/JJJJ)	
------------------------------	--	------------------------------	--

² U moet een voor eensluidend verklaarde kopie van het door U behaalde diploma, certificaat of andere titel toevoegen aan dit formulier !

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 3

3. INDIEN U EEN VOLLEDIGE ERKENNING³ AANVRAAGT.**BENAMING VAN HET DOOR U BEHAALDE DIPLOMA OF CERTIFICAAT VAN ZIEKENHUIS-
APOTHEKER OF ANDERE TITEL OP HET GEBIED VAN DE FARMACIE⁴:**

**BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT OF HET OPLEIDINGSINSTITUUT WAAR U DEZE OPLEIDING
GEVOLGD HEEFT:**

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:			Fax:				

TOTAAL AANTAL UREN VAN DE DOOR U GEVOLGDE BIJKOMENDE OPLEIDING OF SPECIALISATIE⁵:

UREN :	
---------------	--

DE PERIODE WAARIN U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Van : (DD/MM/JJJJ)		Tot : (DD/MM/JJJJ)	
------------------------------	--	------------------------------	--

³ Voor andere opleidingen dan die van ziekenhuisapotheker dient deze module telkens te worden ingevuld. U mag daarom van dit blad fotokopieën maken !

⁴ U moet een voor eensluidend verklaarde kopie van het door U behaalde diploma, certificaat of andere titel toevoegen aan dit formulier of een voor eensluidend verklaarde kopie van het bewijs dat U voor 12 juli 1986 in een ziekenhuisofficina of geneesmiddelen depot tewerkgesteld was en dat U zich voor 12 januari 1987 bij de Minister van Volksgezondheid bekendgemaakt heeft !

⁵ U moet het programma van de bijkomende opleiding of specialisatie (theorie + professionele ervaring) toevoegen aan dit formulier ! Dit programma moet per jaar de onderwerpen en het aantal uren per onderwerp van de door U gevolgde bijkomende opleiding of specialisatie vermelden.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 4

PLAATS VAN TEWERKSTELLING OP HET OGENBLIK VAN DE AANVRAAG:

Naam:					
Adres:		Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:			
Land:					
Telefoon:		Fax:			

BENT U ALS APOTHEKER VERBONDEN DOOR EEN ARBEIDSOVEREENKOMST AAN EEN ZIEKENHUISAPOTHEEK ?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
-----------------------------	------------------------------

INDIEN JA, WELKE FUNCTIE VERVULT U ?

Functie		Sinds : (DD/MM/JJJJ)	
Dienst:		Werkduur:	Uren / week

INDIEN JA, WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

WELKE FUNCTIE VERVULT U, INDIEN U NIET VERBONDEN BENT AAN EEN ZIEKENHUIS ?

<input type="checkbox"/> ZIEKENHUISAPOTHEKER	<input type="checkbox"/> INDUSTRIE-APOTHEKER
<input type="checkbox"/> ANDERE ...	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 5

4. INDIEN U EEN VOORLOPIGE ERKENNING AANVRAAGT.

IS DIT DE EERSTE KEER DAT U EEN VOORLOPIGE ERKENNING AANVRAAGT ?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
-----------------------------	------------------------------

INDIEN NEE, WAT IS DAN HET ERKENNINGSNUMMER DAT VERMELD STAAT OP HET ATTEST DAT U ALS BEWIJS VAN UW VOORLOPIGE ERKENNING ONTVING ?

Nr.:	
------	--

INDIEN JA, WAARVOOR VRAAGT U DE VOORLOPIGE ERKENNING AAN ?

<input type="checkbox"/>	<i>Omdat ik in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden ben aan een ziekenhuisapotheek om het diploma of certificaat van ziekenhuis-apotheker te behalen.</i>
	<i>Omdat ik wens een bijkomende opleiding te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.</i>
<input type="checkbox"/>	ANDERE ...

BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT WAAR HET SPECIALISATIEPROGRAMMA⁶ OF DE BIJKOMENDE OPLEIDING WORDT GEVOLGD:

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
	Postcode:	Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			

⁶ U moet een attest van de universiteit bijvoegen waaruit blijkt dat U regelmatig ingeschreven bent voor het specialisatieprogramma van ziekenhuisapotheker, alsook een attest van de ziekenhuisbeheerder waaruit blijkt dat U door een arbeidsovereenkomst verbonden bent aan de activiteiten van de apotheek van de betrokken instelling, tijdens een periode die binnen de tijdsduur van de specialisatie valt.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 6

EERSTE STAGEPLAATS:

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			

WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

TWEDE STAGEPLAATS:

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			

WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 7

U dient dit aanvraagformulier aangetekend te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum: _____

Voornaam + familienaam: _____

Handtekening: _____

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

VOORBEHOUDEN VOOR DE ADMINISTRATIE

ERKENNINGSNUMMER		AANVRAAG ONTVANGEN OP:	
Nr.		DATUM : (DD/MM/JJJJ)	
IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER.			
Voor- namen:		Familie- naam:	
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/> Vrouw: <input type="checkbox"/>		
ADVIES VAN DE ERKENNINGSCOMMISSIE VOOR ZIEKENHUISAPOTHEKERS.			
<input type="checkbox"/> POSITIEF ADVIES. VOLLEDIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER. <input type="checkbox"/> POSITIEF ADVIES. VOORLOPIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER : <i>omdat de aanvrager in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden is aan een ziekenhuisapotheek om het diploma of certificaat van ziekenhuisapotheker te behalen.</i> <i>omdat de aanvrager een bijkomende opleiding wenst te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.</i>			
<input type="checkbox"/> NEGATIEF <input type="checkbox"/> ONONTVANKELIJK			
MOTIVATIE ...			
PARAAF		PARAAF	
		ADVIES ERKENNINGSCOMMISSIE:	
		DATUM : (DD/MM/JJJJ)	
AANVANG ERKENNING		EINDE ERKENNING	
DATUM : (DD/MM/JJJJ)		DATUM : (DD/MM/JJJJ)	

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
J. TAVERNIER

1

Bijlage 2
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

**FORMULIER VOOR HET AANVRAGEN VAN EEN VERLENGING
 VAN DE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER.**

Identificatie

Invullen in drukletters a.u.b.

Voor- namen:			Familie- naam:				
Geboorte- datum:		Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit:		
Adres:					Nr.:		Bus:
Postcode:		Gemeente:					
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							

Huidige plaats van tewerkstelling van de aanvrager:

Invullen in drukletters a.u.b.

Benaming:							
Adres:					Nr.:		Bus:
Postcode:		Gemeente:					
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							

Informatie betreffende uw volledige erkenning:

Aanvullen a.u.b.

Datum begin erkenning:	
Nummer erkenning:	

Hoe de behaalde accrediteringspunten aanduiden in de tabel ?**Hoeveel punten moet ik hebben voor een volledige erkenning ?**

U moet bewijzen dat U minstens **120 punten** behaald hebt. Van deze 120 punten moeten **60 punten** behaald zijn volgens de volgende verdeelsleutel :

- 15 punten in module 1 (organisatie en ziekenhuisbeleid);
- 15 punten in module 2 (bestrijding van nosocomiale infecties);
- 15 punten in module 3 (pathologie en farmacotherapie);
- 15 punten in de modulen 4 en 5 (technologie in ziekenhuizen en radiofarmaceutica).

Bij de aanvraag moeten ook de bewijsstukken van de door U behaalde punten bijgevoegd worden.

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum: _____

Voornaam + familienaam: _____

Handtekening: _____

1

Bijlage 3A
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

A	Aanvraagformulier voor goedkeuring van een voortgezette opleiding.	A
----------	---	----------

De universiteit of beroepsorganisatie voor ziekenhuisapothekers die de aanvraag indient.

Benaming:					
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:	Gemeente:				
Telefoon:			Fax:		
E-mail:					

Plaats + datum waar de voortgezette opleiding zal gegeven worden.

Plaats:			DATUM	Van:		
				Tot:		
Adres:				Nr.:	Bus:	
Postcode:	Gemeente:					

De persoon verantwoordelijk voor het afleveren van de aanwezigheidsbewijzen.

Voor-namen:			Familie-naam:			
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/> Vrouw: <input type="checkbox"/>					
Adres:				Nr.:	Bus:	
Postcode:	Gemeente:					
Telefoon:			Fax:			
E-mail:						

De inhoud van de voortgezette opleiding.

De inhoud van de voortgezette opleiding dient in bijlage aan dit aanvraagformulier gevoegd te worden.

Dit overzicht moet per module vermelden welke de onderwerpen zijn die men eventueel behandelt. Het overzicht moet ook het totaal aantal effectieve uren dat de voortgezette opleiding duurt vermelden !

De 5 verschillende modules zijn :

Module 1, organisatie en ziekenhuisbeleid.

Module 2, bestrijding van nosocomiale infecties.

Module 3, pathologie en farmacotherapie.

Module 4, ziekenhuistechnologie.

Module 5, radiofarmaceutica.

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum:

Voornaam + familienaam:

Handtekening:

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
J. TAVERNIER

1

Bijlage 3B
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

B	Aanvraagformulier voor goedkeuring van poster-presentaties, lezingen, publicaties of andere die voldoen aan de richtlijnen van de erkenningscommissie.	B
----------	---	----------

Identiteit van de aanvrager.					
Voor-namen:		Familie-naam:			
Geboorte-datum:		Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit: <input type="text"/>
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:		Gemeente:			
Telefoon:				Fax:	
E-mail:					

Huidige plaats van tewerkstelling als ziekenhuisapotheker.					
Benaming:					
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:		Gemeente:			
Telefoon:				Fax:	
E-mail:					

Informatie betreffende uw volledige erkenning.	(Aanvullen a.u.b.)
---	--------------------

Datum begin erkenning:	
Nummer erkenning:	

Naam en voornaam van de aanvrager: 2

De Erkeningscommissie voor Ziekenhuisapothekers zal aan de hand van de door U verschaft informatie nagaan of U in aanmerking komt voor het behalen van accreditatiepunten.

Deze accreditatiepunten zijn vereist voor het bekomen van de verlenging van een volledige erkenning als ziekenhuisapotheker !

U moet accreditatiepunten behalen door voortgezette opleidingen te volgen over de onderwerpen in de 5 verschillende modules van het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring. Door dit formulier in te vullen vraagt U de goedkeuring aan om accreditatiepunten te krijgen voor uw medewerking aan activiteiten die tot doel hebben een voortgezette opleiding aan te bieden aan uw collega's ziekenhuisapothekers.

De 5 verschillende modules zijn :

Module 1, organisatie en ziekenhuisbeleid.

Module 2, bestrijding van nosocomiale infecties.

Module 3, pathologie en farmacotherapie.

Module 4, ziekenhuistechnologie.

Module 5, radiofarmaceutica.

Gastspreker.

Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik gevraagd was als gastspreker (lector) een lezing te geven tijdens een congres, een studiedag (nationaal of internationaal) of voor een groep apothekers die een voortgezette opleiding in de ziekenhuisfarmacie volgen.

Naam van het congres, symposium, ....	..... .....			
Onderwerp van de lezing:	..... .....			
Datum waarop de lezing gehouden is:	.....	Totale duur van de lezing :	..... uren	..... minuten.	
Adres waar de lezing doorging:	.....			Nr.:	Bus:
	Postcode:	.....	Gemeente:	.....
			Land :	.....

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

.....

Naam en voornaam van de aanvrager: 3

Posterpresentatie.		(Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
<p>Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik een medewerker ben aan een posterpresentatie die bestemd is voor een wetenschappelijk programma, bedoeld voor :</p> <p> <input type="checkbox"/> een Belgisch publiek. <input type="checkbox"/> een internationaal publiek. <input type="checkbox"/> ik was eerste auteur. <input type="checkbox"/> ik was tweede auteur. <input type="checkbox"/> </p> <p>Naam / Beschrijving :</p>			
Onderwerp van de poster-presentatie:	.....	
Datum waarop de presentatie gehouden is:		.....
Adres waar de presentatie doorging:	.....	Nr.:	Bus:
	Postcode:	Gemeente:	
		Land :	.....
<p>IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :</p>			.....

Rapporteur.		(Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
<p>Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik als rapporteur een synthese of eindconclusies opgesteld heb, omdat ik moderator was.</p>			
Naam van het congres, symposium, ....	.....	
Onderwerp:	.....	
Datum:	Totale duur indien U moderator was:	Uren.	Minuten.
Adres:	.....	Nr.:	Bus:
	Postcode:	Gemeente:	
		Land :	.....
<p>IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :</p>			.....

Naam en voornaam van de aanvrager: 4

Publicatie in wetenschappelijk tijdschrift. (Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik in een wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd heb :	
<input type="checkbox"/> met een redactie-comité.	<input type="checkbox"/> zonder redactiecomité.
<input type="checkbox"/> ik was eerste auteur.	<input type="checkbox"/> ik was tweede auteur.
<input type="checkbox"/>	
Naam tijdschrift :	
.....	
Onderwerp van de publicatie:	..... ..... ..... .....
Datum van de publicatie:	.....
Benaming van het tijdschrift	.....
Plaats van uitgave :	<input type="checkbox"/> in België. <input type="checkbox"/> Internationale uitgave.
	<input type="checkbox"/> ander land :
IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :	

Publicatie in ander tijdschrift. (Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik in een ander tijdschrift gepubliceerd heb :	
<input type="checkbox"/> met een redactie-comité.	<input type="checkbox"/> zonder redactiecomité.
<input type="checkbox"/> ik was eerste auteur.	<input type="checkbox"/> ik was tweede auteur.
<input type="checkbox"/>	
Naam / Beschrijving :	
.....	

Naam en voornaam van de aanvrager: 5

Onderwerp van de publicatie:	..... ..... ..... .....	
Datum van de publicatie:	.....	
Benaming van het tijdschrift	..... .....	
Plaats van uitgave :	<input type="checkbox"/> in België.	<input type="checkbox"/> Internationale uitgave.	
	<input type="checkbox"/> ander land :	.....

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

(Open rubriek ! Toepasbaar voor bvb. een studiereis.)

Ik vraag de goedkeuring aan van een activiteit (Ad hoc).

Omschrijving / onderwerp van de activiteit	..... ..... ..... .....	
Datum van de activiteit:	.....	Totale duur van de activiteit :	..... Uren minuten.
Adres:	..... .....		Nr.: Bus:
	Postcode:	Gemeente:	
		Land :	

Aanvullende informatie:		
-------------------------	---	--	--

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

naam en voornaam van de aanvrager: 6

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum:

Voornaam + familienaam:

Handtekening:

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,

J. TAVERNIER