

Një udhëzues për të mbështetur ngritjen dhe funksionimin e GK

# ANEKS 4

### Shembull i Formularit të Aplikimit të Plotësuar



#### 29



**FORMULAR APLIKIMI**

PËR AKREDITIM

QENDRA KOMBËTARE E EDUKIMIT NË VAZHDIM MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nëse keni pyetje, lutemi kontaktoni:** | **HAPËSIRË E REZERVUAR VETËM PËR INSTITUCIONIN** |
| Tel: + 355 (4) 245 22 86 |  |
| E-mail: Q**K**E**V***@***shendetesia**.**gov**.**al** |  |
| Web: [www.qk**ev**.gov.al](http://www.qkev.gov.al/) |  |
| ***Shënim****: Ju lutem plotësoni me kujdesdhe qart***ë** *informacionin e kërkuar në fushat më poshtë,* ***ME SHKRONJË TË MADHE E NË NGJYRË BLU.*** | Nr. Prot**:** |
| **D**ate**:** |

**SEKSIONI A: INFORMACION SPECIFIK MBI OFR**U**ESIN**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | I | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |  |  |  |

**SEKSIONI A**1**: INFORMACION SPECIFIK MBI BASHKËOFR**U**ESIN**

**1. Emri i ofruesit kryesor** *(organizatë*/ *institucion)*

**2. Titullari i organ-**

**izatës/ institucionit**

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

**4. Personi i kontaktit**

**6. Numër Tel.**

**3. NUIS/ NIPT**\*

*Nr. unik i*

*identiﬁkimit të subjektit*

**5. E- mail**

QSH (Bashkija)

Mira Hoxha

Linda Luli

lindaluli2020@

0667345031

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**SEKSIONI B: INFORMACION SPECIFIK MBI AP**L**IKIMIN**

INFORMACION MBI AKTIVITETIN (3 pikat e para plotësohen vetëm nga QKEV)

**1. Titulli i aktivitetit**

**7. Emri i bashkëofruesit tjetër***(organizatë*/ *institucion)*

**8. Titullari i organi- zatës/ institucionit**

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

**10. Personi i kontaktit**

**12. Numër Tel**

**9. NUIS/ NIPT**\*

*Nr. unik i*

*identiﬁkimit të subjektit*

**11. E- mail**

**13. Emri i bashkëofruesit tjetër**

*(organizatë*/ *institucion)*

**14. Titullari i orga- nizatës/ institucionit**

INFORMACION MBI PERSONIN E KONTAKTIT:

**16. Personi i kontaktit**

**18. Numër Tel**

**15. NUIS/ NIPT**\*

*Nr. unik i*

*identiﬁkimit të subjektit*

**17. E- mail**

\***NIPT-i shoqërohet me dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual.**

Shënim: Nëse janë më shumë bashkëo**f**rues, listoni më poshtë të gjithë in**f**ormacionin e kërkuar për ta. Asnjë bashkëo**f**rues i aktivitetit nuk duhet të jetë i padeklaruar në këtë **f**ormular.

**AL012084-119**

*Ky formular është standardizuar nga ADISA*



**2. Nr. i dosjes 3. Data e dorëzimit**

**të formularit**

1. **Lloji i aktivietit**

**Konferencë**

**Seminar**

**Workshop**

*(zgjidh një prej llojeve të mëposhtme***:***)*

**Trajnim**

**Trajnim në vendin e punës Trajnim për trajnerët**

**Leksion**

**Tjetër** *(specifikoni)*

1. **Titulli i aktiv- itetit:**

GK "Kujdesi infermieror për gruan shtatzënë në kujdesin shëndetësor parësor"

### Grup Kolegësh (GK) me infermierë

1. **Fusha që mbulon aktiviteti : Specialitet mjekësor**

**Jo specialite1**

1. **Vendi ku zhvil- lohet aktiviteti**

QSH nr.4

**9. Kohëzgjatja në ditë**

sipas Kalendarit bashkëlidhur

**8. Data e zhvillimit**

1. **Nr. maksimal i pjesëmarrësve**

sipas Kalendarit bashkëlidhur

10

1. **Kohëzgjatja në orë efektive2** 12 orë (6 Takime 2 orë secili)

 *(max. 6 orë efektive në ditë)*

1. **Metodat që janë përdorur për vlerësimin e nevojave të profesionistëve**

Takime dhe diskutime ndërmjet infermiereve anëtare të grupit lidhur me nevojat për përditësimin dhe aftësimin e mëtejshëm të tyre në ndjekjen dhe menaxhimin e duhur të shqetësimeve dhe problemeve që shfaqen gjatë shtatëzanisë me qëllim rritjen e cilësisë së kujdesit për gruan shtatzënë.

1. **Përshkruani shkurtimisht rezulatet e vlerësimit të nevojave të kryer nga ju:**

Diskutimet ndërmjet infermiereve anëtare të grupit lidhur me nevojën për përditësimin dhe aftësimin e mëtejshëm të tyre në ndjekjen dhe menaxhimin e duhur të shqetësimeve dhe problemeve që shfaqen gjatë shtatëzanisë çuan në përzgjedhjen e çështjes lidhur me standardizimin e kujdesjeve infermjerore për gruan shtatzënë sipas Protokollit të praktikës klinike të kujdesit antenatal në kujdesin shëndetësor parësor.

1. **Përshkruani shkurtimisht qëllimin e aktivitetit:**

Njohja për zbatim dhe aftësimi i anëtarëve të Grupit në ndjekjen dhe menaxhimin e problemeve gjatë shtatzënisë sipas protokollit të praktikës klinike të kujdesit antenatal në kujdesin shëndetësor parësor, miratuar nga Ministria e Shëndetësisë me Urdhër nr.62, datë 18.02.2014.

**1 Referohet temave të tilla si etika, edukimi shëndetësor, menaxhimi shëndetësor, informatika në shëndetësi, etj**

**2 Orët reale të aktivitetit pa përfshirë kohën e regjistrimit, përshëndetjet, pushimet.**

*Ky formular është standardizuar nga ADISA*

**AL012084-119**

1. **Përshkruani objektivat e aktivitetit që priten të arrihen në fund të aktivitetit:**

Objektivat të lidhur me njohuritë e profesionistëve:

Njohja me kujdesin infermjeror për gruan shtazënë sipas Protokollit të praktikës klinike të kujdesit antenatal në kujdesin shëndetësor parësor.

Objektivat të lidhur me aftësitë e profesionistëve:

Aftësimi i anëtarëve të grupit në identifikimin e problemeve dhe ofrimin e kujdesjeve infemjerore për gruan shtatzënë sipas protokollit të praktikës klinike të kujdesit antenatal në kujdesin shëndetësor parësor.

Objektivat të lidhur me qëndrimet e profesionistëve:

Anëtarët e grupit në gjendje të ofrojnë kujdes infermieror për gruan shtatzënë sipas Protokollit të praktikës klinike "Menaxhimi i shqetësimeve dhe problemeve që shfaqen gjatë shtatzënisë".

T**Ë** DH**Ë**NA MBI TRAJNER**Ë**T/ LEKTOR**Ë**T *(Ju lutem bashkëngjitini formularit CV- në e nevojshme)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **16. Emër, mbiemër** |  | **17. Specialiteti** |  | **18. Pozicioni** |
| 1.Linda Luli |  | Infermiere e përgjithshme |  | Infermiere Kons Gruas |
|  |  |  |  |  |
| 2.Miranda Caci |  | Infermiere e përgjithshme |  | Infermiere Kons Gruas |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. **Kategoritë e profesionistëve pjesëmarrës në aktivitet Mjek** *(specifikoni specialitetin)* **Infermier**

**Menaxher/ drejtor**

**Dentist Farmacist**

**Tjetër** *(specifikoni)*

* 1. **A zhvillohet aktiviteti vetëm për stafin e organizatës/ institucionit që e ofron atë? Po**

**Jo**

* 1. **Forma që do të përdoret për vlerësimin e aktivitetit nga pjesëmarrësit**

*(Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit një kopje të formularit të vlerësimit)*

**Formular vlerësimi Intervista me pjesëmarrësit**

* 1. **Forma e vlerësimit të procesit të të mësuarit te pjesëmarrësit** *(Nëse do të bëhet) (Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit një kopje të formularit të vlerësimit)*

**Pyetësor Provim me gojë**

**Provim praktik Provim me shkrim**

*Ky formular është standardizuar nga ADISA*

**AL012084-119**

1. **Nëse është parashikuar përdorimi i një gjuhe të huaj, përkthimi do të jetë:**

**Simultan**

**I njëpasnjëshëm**

1. **Metodat pedagogjike që do të përdoren** *(Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit programin e detajuar)*

**Leksion Diskutim Luajtje roli**

**Demostrim Teknik Diskutim rasti Punë në grupe Tjetër** *(specifikoni)*

1. **Materialet didaktike që do të përdoren** *(Ju lutem bashkëngjitini formularit të aplikimit materialet didaktike)*

**Kurrikula/ material reference**

**Materiale mbështetëse për pjesëmarrësit**

**Tjetër** *(specifikoni)*

INFORMACION MBI FINANCIMIN E AKTIVITETIT

**26. A do të paguajnë profesionistët për ndjekjen e programit:**

**Jo**

**Prezantimet e lektorëve**

**Materiale promovuese**

**Po** *(nëse po, deklaroni sa është pagesa për pjesëmarrësit në aktivitet lek)*

**27. Aktiviteti financohet nga:**

**Buxheti i Ministrisë së Shëndetësisë**

**Sponsor Tregtar** *(specifikoni emrin e sponsorit)*

**Kuotat e regjistrimit/ ndjekjes së aktivitetit Vetë organizata/ institucioni**

**Donator** *(specifikoni emrin e donatorit)* \_M\_b\_ës\_h\_te\_t\_je

tek\_n\_ik\_e n\_g\_a P\_roje\_k\_t\_i\_"Sh\_ë\_n\_d\_e\_t\_p\_ë\_r të g\_ji\_th\_ë\_"

**28. A është një ose më shumë nga burimet financuese palë interesi komercial?**

*(Për të deklaruar konfliktin e interesit përdorni formularin që gjeni në Aneksin 1)*

**Po Jo**

**SEKSIONI C: DOKUMENTACIONI I PARAQITUR**

**CV-të e lektorëve/ trajnerëve të përfshirë në aktivitet ose në përgatitjen e kurrikulave të tij; Pyetësorin e vlerësimit të organizimit të aktivitetit;**

**Pyetësorin e vlerësimit të procesit të të mësuarit tek pjesëmarrësit (nëse do të ketë vlerësim); Programin të detajuar të aktivitetit;**

**Të gjitha materialet didaktike që do të përdoren për aktivitetin, si: kurrikula, materiale reference, prezantime dhe materiale mbështetëse për pjesëmarrësit;**

**Kopjen e firmosur nga personi i kontaktit të deklaratës mbi konfliktin e interesit (nëse ka konflikt interesi);**

**Dokumentin e përditësuar të tatimeve të ofruesit për vitin aktual;**

**Kopje të certifikates për profesionistët pjesëmarrës në aktivitet.**

**Kujtesë:**

1. Ofruesi duhet t**ë** dor**ë**zoj**ë** n**ë** QKEV list**ë**n e pjes**ë**marr**ë**sve sipas formatit t**ë** publikuar n**ë** [www.**q**kev.gov.al,](http://www.qkev.gov.al/) t**ë** firmosur dhe vulosur nga titullari i organizat**ë**s **që** ofron aktivitetin deri **30** dit**ë** pas p**ë**rfundimit t**ë** aktivitetit.
2. Certifikata e l**ë**shuar nga ofruesi/ ofruesit duhet t**ë** p**ë**rmbaj**ë** emrat e t**ë** gjith**ë** ofruesve dhe sh**ë**nimin "Ky aktivitet **ë**sht**ë**

akredituar nga QKEV dhe i njihen X kredite"

1. Ofruesi duhet të disponojë kopje të deklaratës mbi konfliktin e interesit, të cilën duhet ta firmosin të gjithë personat e përfshirë në planifikimin ose organizimin e aktivitetit

*Ky formular është standardizuar nga ADISA*

 **AL012084-119**

KLAUZOLA DEKLARATIVE

DEKLARAT**Ë** MBI KONFLIKTIN E INTERESIT

**Emri i aplikantit**

**Titulli i aktivitetit**

**Pozicioni Data e aktivitetit**

**Ju lutem plotësoni tabelën e mëposhtme sipas kolonave përkatëse:**

* + 1. **Listo emrat e entiteteve që ofrojnë produkte ose shërbime shëndetësore (pala e interesit komercial) me përjashtimin e organizatave jofitimprurëse ose qeveritare, si dhe kompanive që nuk zhvillojnë aktivitetin tyre në sektorin shëndetësor, me të cilët keni pasur marrëdhënie financiare gjatë 12 muajve të kaluar, ose vazhdoni të ruani këto marrëdhënie. Gjithashtu, duhet të deklaroni dhe marrëdhëniet financiare të partnerit tuaj për të cilat ju jeni në dijeni.**
		2. **Paraqit atë çfarë ju ose partneri juaj përfitoni.**
		3. **Përshkruani rolin tuaj ose të partnerit.**

**Pala e interesit komercial**

**Lloji i marrëdhënieve financiare**

**(Emri i Sponsorit) Përfitimet Çfarë roli?**

**Shembuj:**

**Cilat janë përfitimet:** Paga, privilegje, e drejta e autorit, honorare, pagesë konsulenti, përfitime personale (rezerva, fonde te shumëllojshme të përbashkëta), ose përfitime të tjera personale.

**Roli/ et:** punësim, pozicion menaxhues, kontraktues i pavarur (duke përfshirë edhe punë kërkimore), konsultime, pagesa si lektor, mësimdhënie, pjesëmarrje në komitete këshilluese ose panele rishqyrtuese, anëtarësi në bord dhe aktivitete të tjera (ju lutem specifikoni)

**N**ë mungesë të lidhjeve financiare për tu deklaruar, ju lutem shkruani më poshtë**:**

**"Nuk kam asnjë lidhje financiare me ndonjë palë të interesit komercial"**

**Unë deklaroj se informacioni i mësipërm është i saktë dhe i vërtetë dhe roli im në këtë aktivitet do të bazohet në të dhënat më të mira shkencore dhe të pavarura nga ndikimi i interesit komercial.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nënshkrimi Data**

**Unë i/e nënshkruari/a** **në dijeni të përgjegjësive penale që rrjedhin nga deklarimi dhe paraqitja e të dhënave e rrethanave të rreme, nën përgjegjësinë time personale deklaroj se të dhënat e paraqitura në këtë formular janë të vërteta dhe në respektim të ligjit Nr. 9887 "Për mbrojtjen e të dhënave personale” të ndryshuar, autorizoj me vullnetim tim të lirë institucionin, të përpunojë dhe të përdorë të dhënat e mia personale, për qëllime statistikore dhe të shqyrtimit të aplikimit.**

*Njoftojmë se autori*z*imi i mëposhtëm është vullnetar*

**Autorizoj institucionin të përpunojë të dhënat e mia personale (emër, mbiemër, numër telefoni ose email) të mbledhura më sipër, me qëllim zhvillimin e sondazheve të automatizuara për marrjen e opinionit tim, në lidhje me cilësinë e ofrimit të shërbimit.**

**Nënshkrimi i aplikantit Data**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*Ky formular është standardizuar nga ADISA*

**AL012084-119**

