

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2022/2023

PRIX HONORER L'EXCELLENCE EN MATIÈRE DE PHARMACIE EN ONCOLOGIE

HOPE



Soutenu par le Programme de partenariat d'Apobiologix

ÉVALUATION DES INSCRIPTIONS

- Les candidats doivent avoir obtenu un succès mesurable dans l'exercice de l'oncologie dans la catégorie de prix sélectionnée.
- Le formulaire d'inscription doit être rempli intégralement et avec précision.
- Les preuves à l'appui doivent être fournies au moment de l'inscription.
- Les candidats doivent être des pharmaciens exerçant au Canada, dont la pratique comprend un volet oncologie.
- Les candidats qualifiés peuvent également s'inscrire au nom d'une équipe.
- Une seule demande par candidat est acceptée par cycle annuel de remise de prix.

Veillez répondre de façon exhaustive à toutes les questions et joindre toutes les informations nécessaires à l'appui.

Toutes les inscriptions seront évaluées par un comité composé de 5 juges experts provenant des quatre coins du Canada. Les inscriptions seront évaluées selon les critères relatifs au prix pour chaque catégorie.

Un grand prix et un deuxième prix seront décernés dans chaque catégorie. Outre des prix en espèces, les lauréats du grand prix pourraient avoir l'occasion de présenter leurs réalisations au Symposium d'Apobiologix de 2023 tenu à l'occasion de la conférence de la Canadian Association of Pharmacy in Oncology (CAPHO).

AVIS DE NON-RESPONSABILITÉ : Toutes les décisions d'achat ou de prescription de produits d'Apobiologix sont prises indépendamment du soutien sans restriction de ce programme. Il n'est pas requis de faire l'achat de produits d'Apobiologix pour participer au programme. Les prix ne sont pas octroyés en échange de l'achat de produits d'Apobiologix ou d'une promesse d'achat de produits d'Apobiologix.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION



RENSEIGNEMENTS SUR LE CANDIDAT

Nom du candidat

Lieu de travail et titre de poste du candidat

Adresse

Numéro de téléphone

Courriel

SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE AU NOM D'UN GROUPE, VEUILLEZ INSCRIRE LE NOM DE TOUS LES AUTRES MEMBRES DU GROUPE AINSI QUE LE TITRE DE LEUR POSTE, LEUR LIEU DE TRAVAIL ET LEUR COURRIEL.

Nom du membre du groupe 1

Membre du groupe 1 : lieu de travail, titre du poste et courriel

Nom du membre du groupe 2

Membre du groupe 2 : lieu de travail, titre du poste et courriel

Nom du membre du groupe 3

Membre du groupe 3 : lieu de travail, titre du poste et courriel

Utilisez l'espace ci-dessous s'il y a d'autres membres dans le groupe

Je reconnais avoir l'autorité appropriée pour présenter cette demande en mon nom et en celui de mon établissement, et je reconnais que les renseignements qu'elle contient sont exacts et véridiques.

Veillez garder à l'esprit la confidentialité des patients et la divulgation d'informations personnelles en vertu des règlements de l'Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
N'inscrivez aucun renseignement confidentiel sur des patients dans cette demande.

Veillez envoyer par courriel ce formulaire et les informations à l'appui d'ici le 31 janvier 2023 à pharmacyawards@HOPE-AWARDS.com.

Veillez communiquer avec nous si vous souhaitez obtenir plus de renseignements sur le processus ou si vous avez des questions.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

PRIX HONORER
L'EXCELLENCE
EN MATIÈRE
DE PHARMACIE
EN ONCOLOGIE
HOPE

À PROPOS DE VOUS

Le programme de prix HOPE souhaite en savoir plus sur vous et votre parcours jusqu'ici, en tant que pharmacien(ne) désireux d'apporter une contribution au secteur de l'oncologie. Ces renseignements demeureront confidentiels et ne seront pas divulgués sans approbation et autorisation préalables.

Comment avez-vous amorcé votre carrière dans le domaine de la pharmacie?

Où avez-vous travaillé durant les trois dernières années?

Qu'avez-vous fait pour exceller personnellement dans votre profession? (Formation continue, séminaires, etc.)

Dans votre poste actuel, quels sont vos rôles et responsabilités, et comment sont-ils précisément liés à l'oncologie?

À PROPOS DU PRIX

Dans quelle catégorie de prix HOPE en pharmacie vous inscrivez-vous? (Veuillez choisir une catégorie.)

Formation : des résidents en pharmacie, de pairs ou de patients

Programmes interprofessionnels pour soutenir les soins aux patients

Efforts en matière de pérennité ou d'efficacité

À PROPOS DE VOS RÉALISATIONS

Titre du projet :

Nombre de mots minimum au sujet de vos réalisations : 1 000

LE POURQUOI

Informations contextuelles

Décrivez la situation telle qu'elle était avant que vous ne lanciez votre initiative.

LE QUOI

Objectifs

Que souhaitez-vous accomplir?

LE COMMENT

Contenu du projet

Qu'avez-vous fait exactement et comment l'avez-vous fait?

(Veuillez joindre tout document pertinent détaillant le contenu du projet ou du programme.)

LE RÉSULTAT

Résultats

Quels ont été les résultats de votre initiative et comment en avez-vous mesuré les retentissements?

Quelle a été, le cas échéant, la répercussion à long terme de votre travail sur l'exercice de la pharmacie en oncologie?

(Veuillez joindre tout document pertinent détaillant des résultats mesurables et décrivant les répercussions à long terme.)

Veuillez également joindre toute information supplémentaire (données, rapports, publications, témoignages, etc.) qui aidera à évaluer votre demande.