**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (TS)**

1. **DATOS DEL SOLICITANTE (campo obligatorio)**

|  |
| --- |
| **Nombre Apellido:** --------------------------------------------------------------------------------  **- Área o Servicio:**  **- Establecimiento/ Institución:**  **Correo electrónico:** ---------------------------------------------------------------------------  **Teléfono:** ----------------------------------------------------------------------------------------- |

1. **IDENTIFICACIÓN DEL PEDIDO (campo obligatorio)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tecnología a ser evaluada** (nombre de la droga, dispositivo, técnica, equipamiento, en nombre genérico , opcional comercial)  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  **MOTIVO DE LA SOLICITUD**   |  | | --- | | ( ) Incorporación de una tecnología  ( ) Incorporación de una indicación  ( ) Eliminación de tecnología  ( ) Eliminación de indicación  ( ) Modificación de indicación  Otro:----------------------------------------------------------------------------------------------- | |

1. **DESCRIPCIÓN DE LA TS**

Naturaleza de la droga, mecanismo de acción, presentación. Si se trata de otra tecnología (dispositivo, equipamiento) sus características técnicas de origen.

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**- Requerimientos para el uso adecuado de la tecnología en el sistema de salud.**

Recursos Humanos (detallar formación)

Recursos Físicos, Organizacionales y/o Financieros

Procesos clínicos, asistenciales

**IV- INDICACIÓN CLÍNICA (campo obligatorio)**

**Diagnóstico:**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Esquema terapéutico**: posología/dosis habituales/duración del tratamiento. contra-indicaciones

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------- Riesgos y/o efectos adversos

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**V- TECNOLOGÍAS ALTERNATIVAS**

|  |
| --- |
| **¿Cuál/es es/son la tecnología disponible para la indicación clínica?**  Indicar cuáles son las alternativas a la tecnología propuesta que se encuentran actualmente disponibles en los establecimientos de salud.  ----------------------------------------------------------------------------------------------------------  ----------------------------------------------------------------------------------------------------------  **¿**Cómo se compara la nueva tecnología con las tecnologías alternativas existentes, con relación a la eficacia clínica?  ----------------------------------------------------------------------------------------------------------  ----------------------------------------------------------------------------------------------------------  ¿La nueva tecnología, sustituye completamente las tecnologías utilizadas actualmente?  Si …. No…  -Sustituye parcialmente las tecnologías utilizadas actualmente (algunas  indicaciones de la/las tecnología/s en uso serán sustituidas por la nueva  tecnología)  Si.... No…  -Agrega o complementa la utilización de la tecnología actual, sin sustituir las  indicaciones.  Si… No...  Aclaraciones: --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- |

**VI – PERFIL DE LAS CONDICIONES DE SALUD A LA QUE APLICADA LA TECNOLOGÍA:**

*Preferentemente datos de Mendoza ó el país.*

Incidencia:

Prevalencia:

Mortalidad:

Características de la población de pacientes candidatos a recibir la indicación:

--------------------------------------------------------------------------------------------------

--------------------------------------------------------------------------------------------------

**VII- PREGUNTA /S A RESPONDER (campo obligatorio)**

|  |
| --- |
| **Formulación de la pregunta: Se sugiere FORMATO PICO[[1]](#footnote-1)**  Población:  Intervención:  Comparador:  Resultados de interés:  Sin fuera otra pregunta, completar a continuación.  ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ |

**VIII- SITUACION DE LA NUEVA TECNOLOGÍA**

**Nivel de difusión de la tecnología:**

( ) Investigación básica ( ) Difusión amplia, por lo tanto controvertida

( ) Investigación clínica ( ) Práctica clínica aceptada y generalizada

( ) Estado inicial de difusión ( ) Obsolescencia

**Tipo de Tecnología**

( ) Prevención ( ) Organización

( ) Diagnóstico ( ) Sistema de información

( ) Procedimientos ( ) Otros (especificar) --------------------------------------------

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Aspectos Regulatorios**

**a- ¿Está autorizado para comercialización?**

( ) Si / ( ) No

En caso afirmativo, complete:

Autoridad/es Sanitaria/s: --------------------------------------------------------------------------

Indicación(es) de uso autorizada: -----------------------------------------------------------------

Fabricante/ Elaborador: ------------------------------------------------------------------------------

¿Otros aspectos legales y regulatorios que complementan la información?

(Uso por vía de excepción, nueva indicación, etc)

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**b- Tiempo de utilización en el país (en años)**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------

**c- Existen alertas internacionales del uso de la tecnología?**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**d- Costo unitario de la tecnología en el país** (especificar la fuente de información para estimativo del precio)**. (campo obligatorio)**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**IX- POTENCIAL DE LA TECNOLOGÍA PARA CONTRIBUIR A LA MEJORA DE SALUD GENERAL**

a) Beneficios para los pacientes

- ¿Cómo se evaluarán los resultados en el paciente? Incluir parámetros tales como mortalidad, morbilidad (reducción de riesgos), calidad de vida, sobrevida.

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

b) Beneficios para las organizaciones y la gestión de la cobertura en salud

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**X- EVIDENCIAS CLINICAS PRINCIPALES**

Presentar Ensayos Clínicos, Revisiones Sistemáticas; Guías Clínicas, Pautas terapéuticas, Evaluaciones de Tecnologías que comparen la nueva tecnología y la existentes

Listar a Continuación y adjuntar archivos al mail de envío.

(Autor/es –Título- Publicaciones – Año – Volumen – Página)

FIRMA Y ACLARACIÓN…………………………………………………………………

Importante:

-EL INFORME NO PUEDE SER INICIADO SI NO SE COMPLETA LA SOLICITUD

-REMITIR POR MAIL AL CORREO DE CONTACTO (ARCHIVO COMPRIMIDO)

-PUEDE REQUERIRISE INFORMACIÓN ADICIONAL

1. PICO Población, población destinataria; Intervención, usualmente la tecnología a evaluar, Comparador, una tecnología existente contra la que se compara; R: resultados o variables de interés, para evaluar la tecnología. [↑](#footnote-ref-1)