



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD.

Solicitante: -----

( ) **Área o Servicio:**

( ) **Institución/ Organismo**

**I- Datos de contacto:**

**Correo electrónico:** ----- **Teléfono:** -----

### IDENTIFICACIÓN DEL PEDIDO

**II- Tecnología a ser evaluada** (nombre de la droga, dispositivo, técnica, equipamiento, en nombre genérico)



**PREGUNTA /S A RESPONDER**

**III- Formulación de la pregunta: Se sugiere FORMATO PICO<sup>1</sup>**

**Población:**

**Intervención:**

**Comparador:**

**Resultados de interés:**

**Sin fuera otra pregunta, completar a continuación.**

.....

**IV- Motivo de la solicitud:**

- Incorporación de una tecnología
- Incorporación de una indicación
- Eliminación de tecnología
- Eliminación de indicación
- Modificación de indicación

**Otro:** .....

<sup>1</sup> 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.



**V- Tipo de tecnología:**

- Prevención
- Organización
- Diagnóstico
- Sistema de información

Procedimientos

Otros (especificar)-----

**VI- ¿Está registro para comercialización?**

Si /  No

En caso afirmativo, complete:

Norma Legal:

Autoridad Sanitaria:

Vencimiento:

Indicación(es) de uso autorizada:

**VI a) Aspectos legales y regulatorios que complementan la información**

**VII- Características técnicas** (naturaleza de la droga, mecanismo de acción, formulación. Si se trata de otra tecnología sus características de origen)



**VIII- Indicación clínica/Posología/Dosis habituales/Duración del tratamiento**

**IX- Contra-indicaciones**

**X- Riesgos y/o efectos adversos y/o interacciones**

**XI- Perfil de las condiciones de salud a la que será aplicada la Tecnología :**

Preferentemente datos de la pcia. de Mendoza ó el país.

Incidencia:

Prevalencia:

Mortalidad:



**XII- La tecnología a ser evaluada:**

- Sustituye completamente las tecnologías utilizadas actualmente
- Sustituye parcialmente las tecnologías utilizadas actualmente (algunas indicaciones de la/las tecnología/s en uso serán sustituidas por la nueva tecnología)
- Agrega o complementa la utilización de la tecnología actual, sin sustituir las indicaciones.

**XIII- Fase de desarrollo de la tecnología:**

- Investigación básica  Difusión amplia, por lo tanto controvertida
- Investigación clínica  Práctica clínica aceptada y generalizada
- Estado inicial de difusión  Obsolescencia

**XIV- Potencial de la tecnología para contribuir a la mejora de calidad de la asistencia:**

XIV a) Beneficios para los pacientes

XIV b) Beneficios para las organizaciones y la gestión de la asistencia



**XI c) Potencialidad de la tecnología en reducir los riesgos para la salud**

**XV- Evidencias científicas principales: (adjuntar en mail)**

Reseña de Bibliografía (Título – Autor/es – Publicaciones – Año – Volumen – Página)

a) Tiempo de utilización en el país (en años)

b) Existen alertas internacionales del uso de la tecnología?

c) Presentar evaluaciones económicas relacionadas con la comparación entre la nueva tecnología y la existente.



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

Recursos Humanos (detallar formación)

Recursos Físicos, Organizacionales y/o Financieros

**XVII- Costo unitario o agregado de la tecnología frente a la demanda de utilización** (especificar la fuente de información para estimativo del precio).



**XVIII- Tecnologías Alternativas**

a) Comparación con las tecnologías alternativas existentes, con relación a la eficacia

b) Indicar cuáles son las alternativas a la tecnología propuesta que se encuentran actualmente incluidas en el Sistema de Salud (incluir la evidencia relevante de este punto).

c) Indicar cuáles son las alternativas a la tecnología propuesta que se encuentran en el mercado y que **no** se encuentran financiadas en el Sistema de Salud, costo asociado.

**XIX -ACEPTO LAS CONDICIONES DE NO COMERCIALIZACIÓN** del presente informe

SI: ..... (marcar X)

NO: ..... (marcar X)

**FIRMA Y ACLARACIÓN**.....

Importante:

-REMITIR POR MAIL AL CORREO DE CONTACTO

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

-PUEDE REQUERIRSE INFORMACIÓN ADICIONAL

-PUEDEN ENVIARSE DOCUMENTOS ADJUNTO S, EN UN ARCHIVO COMPRIMIDO, QUE AMPLIAN EL PEDIDO REALIZADO.