**Fecha de solicitud: Referencia:**

**Solicitud de Actualización de Cartera de Servicios del Sistema de Salud de Aragón**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos del solicitante** | |
| **Entidad /Servicio y Persona que realiza la propuesta**: | |
| **Persona, cargo y/o dirección de contacto**: | |
| **Teléfono de contacto**: | **Correo electrónico**: |

|  |
| --- |
| **Datos del servicio solicitado** |
| **Denominación de la técnica, tecnología, procedimiento o actividad**: |
| **Descripción:** |
| **Con la incorporación del servicio, el Centro y/o Unidad solicitante plantea ser Unidad de Referencia para el resto de Aragón o para algunos Sectores Sanitarios diferentes al que pertenecen**: SI:  NO:  **En caso afirmativo, relacionar el ámbito territorial para el que solicita la referencia:** |
| **Motivo de la propuesta:**  **Inclusión Exclusión Modificación de condiciones de uso  Otro motivo**  **Justificar el motivo:** |
| **Finalidad de la técnica, tecnología o procedimiento:**  **Prevención  Diagnóstico  Tratamiento médico  Tratamiento quirúrgico**  **Rehabilitación  Mixta  Otros**  **Especificar otros:** |
| **Problema o necesidad de salud a cuya prevención, diagnóstico o tratamiento va dirigido**:  **-Patología o condición clínica a la que se dirige:**  **-Gravedad de la patología o condición clínica a la que va dirigida la técnica (datos de mortalidad, morbilidad, discapacidad ocasionada por la patología, así como consecuencias para la salud de familiares o personas cuidadoras):**  **-Incidencia, prevalencia de la patología:** |
| **Indicaciones clínicas potenciales**: |
| **Población a la que va dirigido**  **-Breve descripción de la población diana y su caso vulnerabilidad de la población a la que va dirigida (enfermedad rara, grupos marginados…):**  **Nº de potenciales usuarios anuales en el ámbito de implantación para el que se solicita**: |
| **Alternativas existentes en la actualidad**:  **Reemplaza a las alternativas: Completamente Parcialmente No sustituye**  **En caso afirmativo, especificar a cuál/es de ella/s** |
| **Fase en que se encuentra:**  **Amplia implantación\* Emergente Investigación/ensayo clínico**  **\*Si implantación, citar Centros sanitarios en los que está implantado:**  **-Dentro de la Comunidad Autónoma:**  **-Fuera de la Comunidad Autónoma:** |
| **Beneficios potenciales para los usuarios y para el sistema sanitario**: |
| **Riesgos potenciales para los usuarios y personal sanitario, complicaciones o efectos adversos**: |
| **Existencia de estudios sobre su seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, así como sobre y/o valoración de los pacientes:**  **Sí No**  **En caso afirmativo, reseñar la referencia de los estudios\***:  ***\* Con la solicitud deberá aportarse un COMENTARIO de la bibliografía y estudios seleccionados*** |
| **Aspectos legales y éticos que pueden implicar**: |
| **Información dirigida a los pacientes/familiares/cuidadores**  **Se deben describir las implicaciones de la técnica, tecnología, procedimiento o actividad para el paciente/familiar/cuidador. Explicar con lenguaje sencillo, claro y conciso:**   * **En qué consiste, cómo funciona, frecuencia de uso, cómo se aplica, si es ambulatoria u hospitalaria** * **Beneficios potenciales para el paciente** * **Riesgos potenciales para los usuarios, complicaciones o efectos adversos** * **Cómo puede afectar a la calidad de vida del paciente/ciudadano o cuidadores (ej. movilidad, auto-cuidados, trabajo, sociabilidad, etc.)** * **Recursos necesarios para el uso de la técnica, tecnología, procedimiento o actividad por parte del paciente y/o su familia (por ejemplo, desplazamientos, cuidados, adaptaciones en el hogar o bajas laborales, cuidados informales, etc.).** |
| **Repercusión económica**  **- Necesidad de nuevas instalaciones, equipamientos (instrumental, fungibles, tecnología) o recursos humanos y estimación de su coste. (*Deberá precisarse si el servicio solicitado sustituye a otros ya existentes o se añade a los mismos, la repercusión económica que conlleva, presentando un análisis coste-efectividad y/o coste-beneficio, etc.)***  **- Necesidad de instalaciones adicionales necesarias y estimación de su coste:**  **- Necesidad de instrumental adicional y estimación de su coste:**  **- Necesidad de material fungible adicional y estimación de su coste:**  **- Necesidad de tecnología (sin fungibles ni mantenimiento, en su caso):**  **En caso afirmativo**   * **Estimar plazo y coste de amortización de la adquisición de la tecnología** * **Estimar coste de mantenimiento (anual):**   **- Necesidad de recursos humanos y estimación de su coste:**  **Otros costes adicionales (describirlos):**  **Posibles ahorros que puede suponer la implantación de la técnica:** |
| **Formación requerida y curva de aprendizaje**: |

|  |
| --- |
| **Documentación a adjuntar:**   * **Documentación que avale su seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad.** * **Comentario de la bibliografía que se aporte con la solicitud.** * **En los casos que sea preciso, documentación que avale el cumplimiento de las normas sobre homologación, calidad industrial, seguridad de uso e información a los usuarios.** * **Si precisa la utilización de un medicamento, nº de registro y ficha técnica; si precisa un producto sanitario, marcado CE, ficha técnica y memoria de seguridades (parte correspondiente del manual de usuario); si precisa un dietético, nº de registro.**   **- Otra información revelante sobre la técnica, tecnología o procedimiento** |

Zaragoza, a de de 20

FIRMA DE SOLICITANTE/S VºBº DIRECTOR/A HOSPITAL

Fdo.: Fdo.: