|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**: |

# DOCUMENTACIÓN IMPRESCINDIBLE A ADJUNTAR:

* **Memoria económica en Anexo 1, firmada por Director/a Gerente del Sector Sanitario**

# Documentación que avale seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad, y comentario de la bibliografía aportada

* **Modelo de Consentimiento informado: si intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico/terapéutico invasor o que pueda suponer riesgo para la salud del paciente** (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica):

# Si uso de radiaciones ionizantes: copia de la modificación del Programa de Garantía de Calidad de la Unidad por la incorporación del procedimiento solicitado

* **Si precisa la utilización de un medicamento: nº de registro y ficha técnica**

# Si precisa un producto sanitario:

* 1. **Marcado CE**

En los casos excepcionales en los que no estuviera disponible, aportar documentación que avale el cumplimiento de las normas sobre:

-Calidad industrial

-Seguridad de uso

# Manual de usuario. Aportar copia

* **Si precisa un dietético y/o cosmético: nº de registro.**

# - Otra información relevante sobre la técnica, tecnología o procedimiento

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  Especificar:

|  |
| --- |
|  |

Finalidad de la técnica, tecnología o procedimiento:

Prevención

Diagnostico

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, concretando cómo se calcula.**

|  |
| --- |
|  |

Alternativas existentes en la actualidad:

Descripción alternativa actual:

|  |
| --- |
|  |

Reemplaza a las alternativas:

Completamente Parcialmente No sustituye

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 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 y aportar un comentario de la bibliografía y estudios seleccionados.

|  |
| --- |
|  |

Aspectos legales y éticos que pueden implicar:

|  |
| --- |
|  |

Formación requerida y curva de aprendizaje:

|  |
| --- |
|  |

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.).**

|  |
| --- |
|  |

Zaragoza, a de de 20

FIRMA DE SOLICITANTE/S VºBº DIRECTOR/A HOSPITAL

Fdo.: Fdo.:

# ANEXO 1: MEMORIA ECONÓMICA

1. **CONSUMO DE RECURSOS: precio unitario y total según la actividad prevista**
   * **Nuevo equipamiento y estimación de su coste:**
   * **Material fungible:**
   * **Nuevas instalaciones:**
   * **Instrumental u otros materiales adicionales:**

* **Costes de amortización y mantenimiento:**

1. **Estimación del plazo de amortización de su adquisición:**
2. **Estimación de su coste de mantenimiento (anual):**

* **Nuevos recursos humanos y estimación de su coste:**

1. **OTROS COSTES ADICIONALES (como formación, etc.)**
2. **SI ES UNA PRESTACIÓN QUE SUSTITUYE A ALGUNA DE LAS EXISTENTES, INDICAR A CUÁL SUSTITUYE Y SI SE PREVÉ UN INCREMENTO O UNA REDUCCIÓN EN LOS COSTES RESPECTO A LA MISMA. EN TAL CASO, ESTIMACIÓN DE DICHO INCREMENTO O REDUCCIÓN DIFERENCIAL.**
3. **POSIBLES CAMBIOS EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL: descentralización o internalización de pruebas, creación de Unidades Clínicas, etc.**
4. **ESTIMACIÓN DEL IMPACTO ECONÓMICO TOTAL de la prestación solicitada, tanto por CADA PROCEDIMIENTO como COSTE ANUAL según número de usuarios potenciales estimados por año. Incluir los POSIBLES AHORROS potenciales para el sistema sanitario (desplazamientos evitados, menor estancia hospitalaria, complicaciones, etc).**

VºBº MEMORIA ECONÓMICA GERENTE SECTOR SANITARIO

Fdo.: