**Formulaire de Demande d’Évaluation des**

**Technologies de Santé**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la demande :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Identité du demandeur :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Qualité / Fonction :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Établissement :** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Téléphone**  **- Bureau :** **- Personnel :**  | Cliquez ici pour taper du texte.Cliquez ici pour taper du texte. |
| **E-mail :** | Cliquez ici pour taper du texte. |

***Note :***

***Il est conseillé de consulter les unités et/ou services concernés afin de compléter ce formulaire. Certains types de soumissions peuvent ne pas exiger que toutes les sections soient complétées.***

1/ Nom de la technologie proposée / Intervention (\*)

Cliquez ici pour taper du texte.

2/ Type de la technologie proposée/ Intervention (\*)

|  |  |
| --- | --- |
| * Médicament
 | [ ]  |
| * Dispositif médical
 | [ ]  |
| * Equipement médical
 | [ ]  |
| * Procédure médicale ou chirurgicale
 | [ ]  |
| * Stratégie ou programme de santé
 | [ ]  |

3/ Brève description de la technologie proposée / Intervention (\*)

Cliquez ici pour taper du texte.

4/ Phase de développement de la technologie proposée (\*)

|  |  |
| --- | --- |
| * En cours d’expérimentation
 | [ ]  |
| * Pré-marketing
 | [ ]  |
| * Déjà commercialisée (Divergences dans les pratiques)
 | [ ]  |
| * Obsolète
 | [ ]  |
| * Autres
 | [ ]  |

5/ Utilisation de la technologie proposée / Intervention (\*)

|  |  |
| --- | --- |
| * Préventive
 | [ ]  |
| * Curative
 | [ ]  |
| * Diagnostique
 | [ ]  |
| * Information non disponible
 | [ ]  |
| * Autres
 | [ ]  |

6/ Motif de la demande (\*)

7/ Dimension(s) à évaluer (\*)

|  |  |
| --- | --- |
| * Clinique
 | [ ]  |
| * Médico-économique
 | [ ]  |
| * Ethique
 | [ ]  |
| * Organisationnelle
 | [ ]  |

8/ Niveau(x) de soins (\*)

|  |  |
| --- | --- |
| * Première ligne
 | [ ]  |
| * Deuxième ligne
 | [ ]  |
| * Troisième ligne
 | [ ]  |
| * Autre
 | [ ]  |

9/ Population cible (\*)

Cliquez ici pour taper du texte.

10/ Données épidémiologiques (si disponible)

|  |  |
| --- | --- |
| * Incidence
 | Cliquez ici pour taper du texte. |
| * Prévalence
 | Cliquez ici pour taper du texte.   |

11/ Technologie proposée / Intervention en utilisation habituelle (standard thérapeutique) ou technologie alternative (si elle existe)

Cliquez ici pour taper du texte.

12/ Données sur l'efficacité clinique

Cliquez ici pour taper du texte.

13/ Effets indésirables potentiels

Cliquez ici pour taper du texte.

14/ Impact éthique, social, légal de l'implantation de la technologie proposée / Intervention (équité, accessibilité, et...)

Cliquez ici pour taper du texte.

15/ Impact économique

|  |  |
| --- | --- |
| * Coût unitaire :
 | Cliquez ici pour taper du texte.   |
| * Coût par patient :
 | Cliquez ici pour taper du texte.  |
| * Etude économique préalable :
 | Cliquez ici pour taper du texte.   |

16/ Impact organisationnel (exigences d'infrastructure et nécessité de formation du personnel)

Cliquez ici pour taper du texte.

17/ Références et sources consultées (Guides, protocoles, etc.)

Cliquez ici pour taper du texte.

Note /Observation :

Cliquez ici pour taper du texte.

***(\*) Champ obligatoire à remplir***

**VISA :**

**Demandeur :** ..........................……………………...…

Titre : ..........................……………………...…

Date : ……………..........................………….