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