|  |
| --- |
| **DADOS DA SOLICITAÇÃO** |
| **Tipo de solicitação** (marque apenas uma opção) ( ) Incorporação da tecnologia no HUF( ) Alteração no uso da tecnologia (indicação, posologia, ampliação de uso, atualização, etc.)( ) Desincorporação da tecnologia |
| **Nome da tecnologia** |
| **Tipo de Tecnologia**( ) Equipamento( ) Medicamento( ) Material/Produto para saúde( ) Procedimento ou Técnica( ) Teste diagnóstico |
| **Número de registro na Anvisa**( ) Não se aplica |
| **Descrição e principais indicações de uso da tecnologia** |
| **Descrição do contexto clínico-assistencial de uso da tecnologia** |
| **População a ser beneficiada/atendida (dados demográficos e clínicos), serviços/unidades organizacionais envolvidas, inserção da tecnologia em linha(s) de cuidado do HUF** |
| **Existe outra tecnologia utilizada na instituição para essa condição? Se sim, explique se a tecnologia atual continuará em uso ou se pode ser desincorporada?** |
| **Justificativa da solicitação** (caso existam outras tecnologias com finalidade semelhante, justifique o porquê de a tecnologia proposta ser preferível ou não em relação às demais) |
| **Existe Protocolo vigente para a condição para a qual a tecnologia é indicada? Se sim, há necessidade de revisão/alteração/ampliação desse Protocolo?** |
| **Há necessidade de restringir o uso da tecnologia? Explique.** |
| **Recursos mínimos necessários para o atendimento desta solicitação*** 1. Físicos:
	2. Pessoas:
	3. Equipamentos:
	4. Protocolos:
 |
| **Estimativa de consumo** (especifique a quantidade estimada de consumo mensal e anual da tecnologia, considerando a população-alvo) |
| **Custo da tecnologia** (em reais) |
| **A tecnologia a ser avaliada possui cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS)**( ) Sim( ) Não |
| **Nome e código do(s) procedimento(s) da tabela SIGTAP em que a tecnologia será aplicada** (consulte em: <http://sigtap.datasus.gov.br/>) |
| **Evidências científicas** (liste as 3 melhores referências disponíveis que justificam a solicitação e anexe os artigos completos ao processo) |

|  |
| --- |
| **DADOS DO SOLICITANTE** |
| Nome:  |
| Cargo/Função:  |
| Lotação:  |
| E-mail:  |
| Telefone para contato:  |

( ) Declaro que não existe conflito de interesse na minha solicitação

*(assinatura eletrônica do solicitante)*

( ) Declaro que estou ciente e que não existe conflito de interesse nesta solicitação

*(assinatura eletrônica do Chefe da unidade organizacional solicitante)*