**Formulário para incorporação ou abandono de Novas Tecnologias Hospitalares[[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| **Informações do solicitante** |

Nome da comissão solicitante: Inserir o nome completo

Nome do representante/coordenador: Inserir o nome completo

|  |
| --- |
| **Solicitação** |

Tipo da solicitação: Selecione o tipo de solicitação

|  |
| --- |
| **Tecnologia** |

Descrição: Deve contar as descrições básicas e quantidades solicitadas

|  |
| --- |
| **Tipo de tecnologia** |

Tecnologia: Selecione o tipo de tecnologia

|  |
| --- |
| **Se a tecnologia for equipamento, material ou medicamento:** |

A tecnologia (equipamento, material ou medicamentos) possui registro vigente na Agência Nacional de Vigilância Sanitária?

Sim, com o número de registro: Inserir o número de registro  Não

Indique pelo menos três empresas/marcas da tecnologia proposta:

Inserir os nomes das empresas/marcas

|  |
| --- |
| **Se a tecnologia for um procedimento ou técnica:** |

O procedimento ou técnica obedece a legislação vigente?

Sim. Qual: Inserir a legislação  Não

O procedimento ou técnica possui cobertura pelo SUS?

Sim  Não

O procedimento ou técnica é pactuado pela instituição?

Sim  Não

|  |
| --- |
| **Qual a aplicação da tecnologia proposta?** |

Aplicação: Selecione a aplicação

|  |
| --- |
| **Existe tecnologia disponível com os mesmos objetivos da tecnologia proposta?** |

Sim. Quais? Inserir os objetivos  Não

Indique pelo menos três empresas/marcas das tecnologias existente:

Inserir os nomes das empresas/marcas

|  |
| --- |
| **Justificativa para incorporação ou abandono e importância da tecnologia para a instituição** |

Justificativa: Em caso de existir tecnologias com o mesmo objetivo justificar o porquê a tecnologia proposta é preferível em relação à existente

|  |
| --- |
| **Principais indicações e contraindicações da tecnologia proposta** |

Indicações: Descreva as indicações

Contraindicações: Descreva as contraindicações

|  |
| --- |
| **Riscos e/ou efeitos adversos da tecnologia proposta** |

Riscos potenciais sobre a população alvo/pacientes: Descreva os riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização da tecnologia proposta

Riscos potenciais sobre o profissional de saúde: Descreva os riscos e/ou efeitos adversos decorrentes da utilização da tecnologia proposta

|  |
| --- |
| **Recursos mínimos necessários para implantação da tecnologia** |

Físicos: Descreva o espaço físico

Pessoal: Descreva a necessidade de pessoal qualificado

Equipamentos: Descreva os equipamentos

|  |
| --- |
| **Custo da tecnologia** |

Estimativa mensal: Descreva a estimativa mensal

|  |
| --- |
| **Sugestão de descritivo para codificação do material no caso de aquisição** |

Sugestão de descritivo: Para medicamentos colocar o descritivo ATC: https://www.whocc.no/atc\_ddd\_index/, e o código do CATMAT: http://comprasnet.gov.br/acesso.asp?url=/Livre/Catmat/Conitemmat1.asp

|  |
| --- |
| **Evidências científicas disponíveis que justificam a solicitação** |

Listar as 5 referências mais importantes (anexar os artigos completos ao processo):

Referência 1: Descreva a referência 1

Referência 2: Descreva a referência 2

Referência 3: Descreva a referência 3

Referência 4: Descreva a referência 4

Referência 5: Descreva a referência 5

|  |
| --- |
| **Baseado na necessidade, qual a estimativa de tempo de resposta?** |

Tempo de resposta: Selecione o tempo

|  |
| --- |
| **Declaração de conflitos de interesse** |

Do solicitante?  Sim. Quais? Inserir os conflitos  Não

Uberaba, Clique aqui para selecionar uma data

1. Procedimento Operacional Padrão – POP.NATS.001 [↑](#footnote-ref-1)