1. La solicitud deberá realizarse para los siguientes **equipos**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Acelerador lineal** | 1. **Litotriptor Extracorpóreo** |
| 1. **Angiógrafo** | 1. **Mamógrafo** |
| 1. **Bombas de circulación extracorpórea** | 1. **Resonador magnético** |
| 1. **Gamma cámara - Spect** | 1. **Tomógrafo computarizado en todos sus tipos (incluye PET, odontológicos y versiones combinadas).** |
| 1. **Equipo de Cirugía Robótica** | 1. **INNOVACIONES (refiere a productos nuevos en el mercado local que puedan considerarse de mediano y alto porte).** |
| 1. **Equipo de uso Oftalmológico** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información General de la Institución** | | | | | | | | |
| 1. Nombre |  | | | | | | | |
| 1. Dirección |  | | entre |  | | | y |  |
| 1. Teléfonos |  |  | | | Fax |  | | |
| 1. Dirección Web |  | | | | | | | |
| 1. **Del Responsable del Llenado de la Solicitud** | | | | | | | | |
| 1. Nombre y Apellido |  | | | | | | | |
| 1. Servicio en el que trabaja: |  | | | | | | | |
| 1. Cargo que ocupa: |  | | | | | | | |
| 1. Teléfono |  | | | | | | | |
| 1. Correo electrónico |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **De la Institución** | |
| **N° afiliados** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Estructura de los Afiliados por Edad y Sexo** | | |
| **Edad** | **Hombres** | **Mujeres** |
| 0-19 |  |  |
| 20-39 |  |  |
| 40-49 |  |  |
| 50-54 |  |  |
| 55-59 |  |  |
| 60-64 |  |  |
| 65-69 |  |  |
| 70-74 |  |  |
| 75+ |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicadores Asistenciales** |  |
| 1. Porcentaje de usuarios mayores de 64 años: |  |
| 1. Nº de camas disponibles en CTI-CI por mil afiliados |  |
| Uso de Servicios en Atención Ambulatoria |  |
| 1. Consultas ambulatorias (urgentes y no urgentes) por afiliado por año: |  |
| *Uso de Servicios en Internación* |  |
| 1. Egresos de internación en CTI-CI por mil afiliados por año |  |
| CTI-CI: Se considerarán globalmente los sectores de cuidados intermedios e intensivos. |  |
| 1. Días cama ocupados (DCO) en CTI-CI por mil afiliados por año |  |
| 1. Promedio de estadía en CTI-CI |  |
| 1. Porcentaje ocupacional en Cuidados Moderados |  |
| 1. Porcentaje ocupacional en CTI-CI |  |
| Uso de Servicios en Centro Quirúrgico |  |
| 1. Intervenciones quirúrgicas por mil afiliados por año |  |
| *Uso de Servicios Diagnósticos (según el equipo)* |  |
| 1. Total de exámenes por afiliado por año EcoDoppler, |  |
| 1. Total de exámenes por afiliado por año Tomografía Axial Computarizada (TAC); |  |
| 1. Total de exámenes por afiliado por año Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y |  |
| *Indicadores de Calidad y Cambio de Modelo* |  |
| 1. Razón [consultas ambulatorias no urgentes] / [consultas ambulatorias urgentes]: |  |
| 1. Razón [consultas Policlínica] / [consultas urgentes centralizadas]: |  |
| 1. Razón [consultas especialidades básicas] / [consultas resto especialidades] |  |

|  |
| --- |
| 1. **Información Específica de la Institución** |
| Breve descripción de la Institución |
| R: |

***Módulo A*. Descripción del Equipo a Incorporar.**

1. **Denominación:**

Nombre genérico: (**MARCAR** o completar si es INNOVACIÓN)

|  |  |
| --- | --- |
| Acelerador lineal | Litotriptor Extracorpóreo |
| Angiógrafo | Mamógrafo |
| Bombas de circulación extracorpórea | Resonador magnético |
| Gamma cámara - Spect | Tomógrafo computarizado en todos sus tipos (incluye PET, odontológicos y versiones combinadas). |
| Equipo de Cirugía Robótica |
| Equipo de uso Oftalmológico | INNOVACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **Detalle el /los equipos a incorporar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Marca** | **Modelo** | **Nuevo/Reciclado\*** | **No. Serie ( Si es Reciclado)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*Reciclado: corresponde a equipos reciclado a nuevo por el fabricante, no se permite la incorporación de equipos usados.**

1. **¿Cuál es su utilidad principal? (marcar todas aquellas que correspondan)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| a. | Cribado (Screening) |  |  |
| b. | Diagnóstico |  |  |
| c. | Tratamiento Médico |  |  |
| d. | Tratamiento Quirúrgico |  |  |
| e. | Rehabilitación |  |  |
| f. | Mejora en la Gestión |  |  |
| g. | Sistema de información |  |  |
| h. | Otros (especificar): |  |  |

1. **Indicaciones clínicas potenciales (mencione las 6 principales):**

Patologías o diagnósticos principales:

|  |
| --- |
| 1  2  3  4  5  6 |

1. **¿Cuenta con Departamento Técnico de mantenimiento y reparación de equipos médicos?**

***S / N***

**¿Quién será el responsable del Servicio Técnico del equipo, luego de finalizada la garantía? (marcar una)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| a. | El proveedor del equipo |  |  | |
| b. | Un prestador tercerizado |  | ¿Cuál? |  |
| c. | El Servicio Técnico propio de la institución |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1. **Cuenta con contrato de Servicio técnico?** |  | Adjuntar modelo de contrato |

1. **¿El equipo sustituye a otro igual, similar o que cumpla la misma función en la institución?**

Sí  No

1. **En caso afirmativo indique el destino que se dará al equipo sustituido (marcar una)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Entrega a otro usuario. ¿Cuál? | |  | |
|  | Mantenerlo como respaldo |  | |  |
|  | Eliminación definitiva |  | |  |
|  | Otro (especificar): |  | |  |

***Módulo B*. JUSTIFICACIÓN.**

**B1**. ¿Qué EQUIPO/S cumplen actualmente la misma función que el que se quiere incorporar?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Marca*** | ***Modelo*** | ***Número de Serie*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B2. Describa cómo está resolviendo la institución la situación actual.**

R:

**B3 ¿Existen convenios, contratos de arrendamiento, etc.?**

R:

**B4 ¿Cuántos procedimientos se realizaron en el año? Detalle según edad y sexo**

*Periodo considerado: Fecha inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Fecha Fin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Edad*** | ***Hombres*** | ***Mujeres*** |
| 0-19 |  |  |
| 20-39 |  |  |
| 40-44 |  |  |
| 45-49 |  |  |
| 50-54 |  |  |
| 55-59 |  |  |
| 60-64 |  |  |
| 65-69 |  |  |
| 70-74 |  |  |
| 75+ |  |  |

**ACELERADOR LINEAL? : SI (saltar a pregunta B6.1)**

**B4.1.Procedimientos anuales (lista ampliable)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del procedimiento** | **Propios** | **externos** | **urgentes** | **coordinados** | **Total** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**B4.2 ¿Cuántos procedimientos se realizan por mes? Adjuntar información para cada mes**

**B4.3 ¿Cuál es el tiempo de espera para el procedimiento?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**B4.3.1 ¿Cuál es la productividad mensual esperada para el EQUIPO a incorporar, incluyendo procedimientos propios o que pretende vender?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Bimestre*** | ***Número de pacientes/procedimientos\**** | ***Institución\*\**** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*indicar si son pacientes o procedimientos

\*\*En el caso que arriende servicios, describa los servicios de origen o destino.

**Si es Acelerador Lineal**

**B5.1. Acelerador Lineal**

B5.1.1 Número de pacientes anuales tratados según tipos de cáncer. (Adjuntar archivo) (Valor ANUAL) (Lista ampliable).

|  |  |
| --- | --- |
| Cáncer | Pacientes/año |
|  |  |
|  |  |

B.5.1.2 Número de sesiones promedio según tipo de cáncer (Adjuntar archivo) (valor ANUAL) (lista ampliable)

|  |  |
| --- | --- |
| Cáncer | sesiones/año |
|  |  |
|  |  |

**Todos los equipos**

**B6 ¿Describa cuáles son las ventajas potenciales y los resultados más relevantes que se espera obtener con la incorporación del EQUIPO?**

a. Sobre el sistema en general y la institución en particular. Indicadores asistenciales: nº de procedimientos que se pretende realizar por mes, nº de consultas externas, nº de intervenciones quirúrgicas, tiempos de espera y estadía, número de interconsultas, etc.

|  |
| --- |
| R: |

**B7 ¿Cómo resumiría el fundamento de la solicitud?**

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

***Módulo C.* Efectos de la Incorporación del Equipo en la Organización y Gestión de la Institución.**

**C1. Describa los principales cambios que debería realizar su institución para hacer factible el funcionamiento del EQUIPO a incorporar.**

*C1a. Sobre los servicios clínicos y de apoyo involucrados directamente con los procedimientos del EQUIPO a incorporar. ¿Será necesario reorganizar la actividad habitual de los servicios implicados? ¿Cómo?*

|  |
| --- |
| R: |

*C1b. ¿El EQUIPO estará involucrado en la formación de RRHH (docencia e investigación), indique cómo?*

|  |
| --- |
| R: |

*C1c Detalle los RRHH actuales involucrados*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *RRHH* | *Formación* | *Cargo/Función* | *Horario* |
| *1* |  |  |  |
| *2* |  |  |  |
| *3* |  |  |  |
| *4* |  |  |  |
| *5* |  |  |  |
| *6* |  |  |  |

*C1d. Sobre los RRHH. (Abiertas no obligatorias)*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. *¿Qué cantidad son necesarios?,* |  |
| 1. *¿Cuenta la Institución, actualmente con personal capacitado para la utilización del EQUIPO?,* |  |
| 1. *En caso contrario, especificar la formación necesaria:* |  |
| 1. *¿Quién debe formarse?* |  |
| 1. *¿En qué consistirá la formación?* |  |
| 1. *¿Dónde se realizará?* |  |
| 1. *¿Será necesario contratar nuevo personal?* |  |

*C1e. Sobre el equipo.*

|  |
| --- |
| 1. *¿Dónde se ubicará físicamente el EQUIPO?* ***(obligatoria)*** |
| 1. *¿Será necesario ampliar el espacio disponible actualmente?* |
| 1. *¿Hará falta reorganizar la distribución actual del espacio disponible?* |

**C2. Describa los principales cambios que deberían implementarse con otras Instituciones del Sistema (convenios de complementación, contratos de arrendamiento, mecanismos de referencia y contra referencia de pacientes por nuevas derivaciones, etc.). Mencione las instituciones involucradas.**

|  |
| --- |
| R: |

**Adjuntar archivo con los detalle del convenio.\_\_\_\_\_\_\_\_**

***FIRMAS:***