

**ANEXO Nº 01**
**SOLICITUD DE INCORPORACION O EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE MATERIAL MÉDICO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>								
Fecha: / /								
1. Establecimiento:								
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :								
Nombres y apellidos:				Nº Colegiatura/RNE:				
Profesión / Especialidad:				Servicio / Departamento:				
Nº de teléfono:				Correo electrónico:				
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>								
Incorporación <input type="checkbox"/>		Exclusión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>				
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MATERIAL MEDICO</b>								
Denominación Nacional o Internacional					Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Costo unitario <sup>3</sup>		Costo por procedimiento		
Características Principales		-						
		-						
		-						
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>								
Existen materiales médicos alternativos en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Denominación Nacional o Internacional					Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Costo unitario <sup>3</sup>		Costo por procedimiento		
Características Principales.		-						
		-						
		-						
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>								
Marcar el caso que corresponda								
<input type="checkbox"/> a) En el caso de Queja de Usuario que determine la suspensión del dispositivo médico/ equipo biomédico u otra tecnología relacionada, y la inexistencia de otra alternativa en el petitorio de EsSalud que cubra la necesidad del paciente, (debe adjuntarse copia del Informe de la Queja de Usuario).								
<input type="checkbox"/> b) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto con los dispositivos médicos/equipo biomédico u otra tecnología de la salud disponible en los petitorios de EsSalud.								
<input type="checkbox"/> c) En el caso que el paciente tenga contraindicaciones a todas las alternativas disponibles en los petitorios de EsSalud.								
<input type="checkbox"/> d) Desabastecimiento comprobado en el mercado, de algún dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología de la salud considerada en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.								
<input type="checkbox"/> e) Por obsolescencia tecnológica del dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología relacionada considerado en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.								
<input type="checkbox"/> f) Por cambio tecnológico que promueva disminución significativa del costo de la tecnología, pero con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en los petitorios de EsSalud.								
<input type="checkbox"/> g) Situación de monopolio para dispositivos médicos/equipos biomédicos y otra tecnología relacionada, contenidos en los petitorios de EsSalud, que afecte significativamente su costo.								

**h) JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1.

Indicación de uso	Nivel de uso	Nº de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual

 2. El material médico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
 SI       NO      (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)

3. Población Objetivo:

 Neonato     Niño     Adolescente     Adulto     Geronte     Gestante

4. El material médico solicitado será de uso en:

 Consulta Externa     Hospitalización     Emergencia/Urgencia     Otros

5. Requiere de un equipo médico específico para su uso:

 Propio     Cesión en uso

6. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

**i) EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

Deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo médico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.

 .....  
 .....

(1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.

(2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.

(3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 02**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL LISTADO O PETITORIO DE MATERIAL RADIOLÓGICO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>							
Fecha: / /							
1. Establecimiento:							
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :							
Nombres y apellidos:				N° Colegiatura/RNE:			
Profesión / Especialidad:				Servicio / Departamento:			
N° de teléfono:				Correo electrónico:			
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>							
Incorporación <input type="checkbox"/>		Exclusión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>			
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MATERIAL RADIOLÓGICO</b>							
Denominación Nacional o Internacional			Unidad de Medida		Nivel de Uso		
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Costo unitario <sup>3</sup>		Costo por procedimiento	
Características Principales		-					
		-					
		-					
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>							
Existen dispositivos médicos alternativos en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Denominación Nacional o Internacional			Unidad de Medida		Nivel de Uso		
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Costo unitario <sup>3</sup>		Costo por procedimiento	
Características Principales.		-					
		-					
		-					
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>							
Marcar el caso que corresponda							
<input type="checkbox"/>	a) En el caso de Queja de Usuario que determine la suspensión del dispositivo médico/ equipo biomédico u otra tecnología relacionada, y la inexistencia de otra alternativa en el petitorio de EsSalud que cubra la necesidad del paciente, (debe adjuntarse copia del Informe de la Queja de Usuario).						
<input type="checkbox"/>	b) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto con los dispositivos médicos/equipo biomédico u otra tecnología de la salud disponible en los petitorios de EsSalud.						
<input type="checkbox"/>	c) En el caso que el paciente tenga contraindicaciones a todas las alternativas disponibles en los petitorios de EsSalud.						
<input type="checkbox"/>	d) Desabastecimiento comprobado en el mercado, de algún dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología de la salud considerada en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.						
<input type="checkbox"/>	e) Por obsolescencia tecnológica del dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología relacionada considerado en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.						

- f) Por cambio tecnológico que promueva disminución significativa del costo de la tecnología, pero con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en los petitorios de EsSalud.
- g) Situación de monopolio para dispositivos médicos/equipos biomédicos y otra tecnología relacionada, contenidos en los petitorios de EsSalud, que afecte significativamente su costo.

**VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1.

Indicación de uso	Nivel de uso	Nº de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual
Nº de exámenes radiológicos				
Nº de procedimientos				
Otros (especificar)				

2. El material radiológico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
 \_\_\_SI \_\_\_NO (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)
3. Población Objetivo:  
 \_\_\_Neonato \_\_\_Niño \_\_\_Adolescente \_\_\_Adulto \_\_\_Geronte \_\_\_Gestante
4. El material radiológico solicitado será de uso en:  
 \_\_\_Consulta Externa \_\_\_Hospitalización \_\_\_Emergencia/Urgencia \_\_\_Otros
5. Equipo Existente: Marca ..... Serie .....
6. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

**VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

Deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo médico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.

.....

.....

- (1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.
- (2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.
- (3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 03**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE MATERIAL ODONTOLÓGICO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>						
Fecha: / /						
1. Establecimiento:						
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :						
Nombres y apellidos:			N° Colegiatura/RNE:			
Profesión / Especialidad:			Servicio / Departamento:			
N° de teléfono:			Correo electrónico:			
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>						
Incorporación	<input type="checkbox"/>	Exclusión	<input type="checkbox"/>	Modificación	<input type="checkbox"/>	
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MATERIAL ODONTOLÓGICO</b>						
Denominación Nacional o Internacional				Unidad de Medida		Nivel de Uso
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Presentación		Costo unitario <sup>3</sup>
Características Principales		-				
		-				
		-				
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>						
Existen dispositivos médicos alternativos en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
Denominación Nacional o Internacional				Unidad de Medida		Nivel de Uso
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad/ área funcional		Presentación		Costo unitario <sup>3</sup>
Características Principales.		-				
		-				
		-				
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>						
Marcar el caso que corresponda:						
<input type="checkbox"/>	a) En el caso de Queja de Usuario que determine la suspensión del dispositivo médico/ equipo biomédico u otra tecnología relacionada, y la inexistencia de otra alternativa en el petitorio de EsSalud que cubra la necesidad del paciente, (debe adjuntarse copia del Informe de la Queja de Usuario).					
<input type="checkbox"/>	b) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto con los dispositivos médicos/equipo biomédico u otra tecnología de la salud disponible en los petitorios de EsSalud.					
<input type="checkbox"/>	c) En el caso que el paciente tenga contraindicaciones a todas las alternativas disponibles en los petitorios de EsSalud.					
<input type="checkbox"/>	d) Desabastecimiento comprobado en el mercado, de algún dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología de la salud considerada en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.					
<input type="checkbox"/>	e) Por obsolescencia tecnológica del dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología relacionada considerado en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.					

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

- f) Por cambio tecnológico que promueva disminución significativa del costo de la tecnología, pero con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en los petitorios de EsSalud.
- g) Situación de monopolio para dispositivos médicos/equipos biomédicos y otra tecnología relacionada, contenidos en los petitorios de EsSalud, que afecte significativamente su costo.

**VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1.

Indicación de uso	Nivel de uso	Nº de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual

2. El material odontológico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
 \_\_\_SI                    \_\_\_NO                    (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)
3. Población Objetivo:  
 \_\_\_Neonato       \_\_\_Niño       \_\_\_Adolescente       \_\_\_Adulto       \_\_\_Geronte       \_\_\_Gestante
4. El material odontológico solicitado será de uso:  
 \_\_\_Hospitalario       \_\_\_Ambulatorio       \_\_\_Ambos usos
5. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

**VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

Deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo médico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.

.....  
 .....

- (1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.  
 (2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.  
 (3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 04**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE MATERIAL Y REACTIVOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

<b>I. DATOS GENERALES</b>							
Fecha: / /							
1. Establecimiento:							
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :							
Nombres y apellidos:				N° Colegiatura/RNE:			
Profesión / Especialidad:				Servicio / Departamento:			
N° de teléfono:				Correo electrónico:			
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>							
Incorporación <input type="checkbox"/>		Exclusión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>			
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MATERIAL Y REACTIVOS DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA</b>							
Denominación Nacional o Internacional			Unidad de Medida		Nivel de Uso		
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad/ área funcional		Costo Total <sup>3</sup>		Costo de la prueba		
Características:							
- Presentación							
- Metodología							
- Muestra Biológica							
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>							
Existen dispositivos médicos alternativos en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
Denominación Nacional o Internacional			Unidad de Medida		Nivel de Uso		
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad/ área funcional		Costo Total <sup>3</sup>		Costo de la prueba		
Características:							
- Presentación							
- Metodología							
- Muestra Biológica							
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>							
Marcar el caso que corresponda:							
<input type="checkbox"/>	a) En el caso de Queja de Usuario que determine la suspensión del dispositivo médico/ equipo biomédico u otra tecnología relacionada, y la inexistencia de otra alternativa en el petitorio de EsSalud que cubra la necesidad del paciente, (debe adjuntarse copia del Informe de la Queja de Usuario).						
<input type="checkbox"/>	b) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto con los dispositivos médicos/equipo biomédico u otra tecnología de la salud disponible en los petitorios de EsSalud.						
<input type="checkbox"/>	c) En el caso que el paciente tenga contraindicaciones a todas las alternativas disponibles en los petitorios de EsSalud.						

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

- d) Desabastecimiento comprobado en el mercado, de algún dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología de la salud considerada en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.
- e) Por obsolescencia tecnológica del dispositivo medico/equipo biomédico u otra tecnología relacionada considerado en los petitorios de EsSalud y necesidad de una alternativa terapéutica que cubra el vacío de la tecnología desabastecida.
- f) Por cambio tecnológico que promueva disminución significativa del costo de la tecnología, pero con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en los petitorios de EsSalud.
- g) Situación de monopolio para dispositivos médicos/equipos biomédicos y otra tecnología relacionada, contenidos en los petitorios de EsSalud, que afecte significativamente su costo.

**VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1.

Indicación de uso	Nivel de uso	Nº de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual

2. El material o reactivo de patología clínica y anatomía patológica solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:

\_\_\_SI \_\_\_NO (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)

3. Población Objetivo:

\_\_\_Neonato \_\_\_Niño \_\_\_Adolescente \_\_\_Adulto \_\_\_Geronte \_\_\_Gestante

4. El material o reactivo de patología clínica y anatomía patológica solicitado será de uso en:

\_\_\_Consulta Externa \_\_\_Hospitalización \_\_\_Emergencia/Urgencia \_\_\_Otros

5. Requiere equipo en cesión de uso:

\_\_\_SI \_\_\_NO

Si es SI, señalar:

Nombre del equipo: .....

Performance: .....

6. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

**VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

Deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo médico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.

.....

.....

(1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.

(2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.

(3) Considerar el precio de venta al público actual.



**ANEXO N° 05**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE ROPA HOSPITALARIA**

<b>I. DATOS GENERALES</b>					
Fecha: / /					
1. Establecimiento:					
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :					
Nombres y apellidos:			N° Colegiatura/RNE:		
Profesión / Especialidad:			Servicio / Departamento:		
N° de teléfono:			Correo electrónico:		
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>					
Incorporación	<input type="checkbox"/>	Exclusión	<input type="checkbox"/>	Modificación	<input type="checkbox"/>
<b>III. IDENTIFICACIÓN DE LA ROPA HOSPITALARIA</b>					
Denominación Nacional o Internacional		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Área funcional			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales		-Tela: -Composición:		-Color:	
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>					
Existe ropa hospitalaria alternativa en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Denominación Nacional o Internacional		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Área funcional			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales.		-Tela: -Composición: -Color:			
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>					
Describir cuantitativamente y cualitativamente el motivo de la solicitud, demanda insatisfecha, población objetivo, etc					
<b>VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD</b>					
1.					
Indicación de uso		Nivel de uso	Cantidad necesaria anual	Costo anual	
2. Población Objetivo: ___ Médico    ___ Enfermera    ___ Otros trabajadores (especificar).....					
3. La ropa hospitalaria solicitada será de uso en: Centro Quirúrgico    ___ Otro Departamento/Servicio: .....					

(1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.

(2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.

(3) Considerar el precio de venta al público actual.

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

**ANEXO N° 06**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS PETITORIOS DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO E INSTRUMENTAL ODONTOLÓGICO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>					
Fecha: / /					
1. Establecimiento:					
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :					
Nombres y apellidos:			N° Colegiatura/RNE:		
Profesión / Especialidad:			Servicio / Departamento:		
N° de teléfono:			Correo electrónico:		
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>					
Incorporación	<input type="checkbox"/>	Exclusión	<input type="checkbox"/>	Modificación	<input type="checkbox"/>
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO Y ODONTOLÓGICO</b>					
Especialidad	Denominación del set		Código SAP <sup>2</sup>	Nivel de Uso	
Componentes	Características principales	Cantidad	Costo unitario <sup>3</sup>	Costo total	
-	-				
-	-				
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>					
Existen dispositivos médicos alternativos en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Especialidad	Denominación del set		Código SAP <sup>2</sup>	Nivel de Uso	
Componentes	Características principales	Cantidad	Costo unitario <sup>3</sup>	Costo total	
-	-				
-	-				
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>					
Marcar el caso que corresponda					
<input type="checkbox"/>	a) Reacción adversa que determine la suspensión del dispositivo médico en el paciente e inexistencia de otra alternativa en el petitorio de ESSALUD (debe adjuntarse copia de la hoja de reporte de sospecha de la reacción adversa del dispositivo médico).				
<input type="checkbox"/>	b) Por alerta sanitaria, existencia de reporte de evento relacionado al uso de dispositivos médicos, que conlleva un riesgo de incidente adverso para el paciente y carencia de alternativas en el petitorio de ESSALUD.				
<input type="checkbox"/>	c) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto por los dispositivos médicos del petitorio de ESSALUD.				
<input type="checkbox"/>	d) Contraindicaciones a todas las alternativas que se disponen en el petitorio de dispositivos médicos de ESSALUD.				
<input type="checkbox"/>	e) Inexistencia comprobada en el mercado farmacéutico de algún producto considerado en el petitorio de dispositivos médicos de ESSALUD.				
<input type="checkbox"/>	f) Por obsolescencia tecnológica.				

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

- g) Por cambio tecnológico que genere disminución significativa del costo con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en el petitorio de dispositivos médicos de ESSALUD.
- h) Situación de monopolio para el producto del petitorio de dispositivos médicos del ESSALUD.

**VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1.

Intervenciones quirúrgicas u odontológicas en las que se puede usar el instrumental	Nº de procedimientos	Cantidad necesaria anual	Costo anual

2. El instrumental quirúrgico u odontológico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
 \_\_\_SI                    \_\_\_NO                    (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)
3. Población Objetivo:  
 \_\_\_Neonato       \_\_\_Niño       \_\_\_Adolescente       \_\_\_Adulto       \_\_\_Geronte       \_\_\_Gestante
4. El instrumental quirúrgico u odontológico solicitado será de uso en:  
 \_\_\_Centro Quirúrgico       \_\_\_sala de procedimientos       \_\_\_Otros (especificar)
5. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

**VII. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE**

Deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo dispositivo médico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.

.....  
 .....

- (1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.  
 (2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.  
 (3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 07**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE MOBILIARIO CLÍNICO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>					
Fecha:    /    /					
1. Establecimiento:					
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :					
Nombres y apellidos:			N° Colegiatura/RNE:		
Profesión / Especialidad:			Servicio / Departamento:		
N° de teléfono:			Correo electrónico:		
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>					
Incorporación <input type="checkbox"/>		Exclusión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>	
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MOBILIARIO CLÍNICO</b>					
Denominación		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales		- Material: - -			
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>					
Existe mobiliario clínico alternativo en ESSALUD:    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Denominación		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales		- Material: - -			
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>					
Describir cuantitativamente y cualitativamente el motivo de la solicitud, demanda insatisfecha, población objetivo, etc					
<b>VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD</b>					
1.					
Indicación de uso			Nivel de uso		
2. El mobiliario clínico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional: ___ SI                    ___ NO                    (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)					

3. Población Objetivo:  
 Neonato     Niño     Adolescente     Adulto     Geronte     Gestante
4. El mobiliario clínico solicitado será de uso en:  
 Consulta Externa     Hospitalización     Emergencia/Urgencia     Otros
5. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

(1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.

(2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.

(3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 08**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE LOS PETITORIOS DE EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO Y EQUIPAMIENTO COMPLEMENTARIO**

<b>I. DATOS GENERALES</b>					
Fecha:    /    /					
1. Establecimiento:					
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :					
Nombres y apellidos:		N° Colegiatura/RNE:			
Profesión / Especialidad:		Servicio / Departamento:			
N° de teléfono:		Correo electrónico:			
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>					
Incorporación	<input type="checkbox"/>	Exclusión	<input type="checkbox"/>	Modificación	<input type="checkbox"/>
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO BIOMÉDICO</b>					
Denominación Nacional o Internacional				Nivel de uso	
Código SAP <sup>2</sup>		Especialidad		Costo de la tecnología <sup>3</sup>	
Características Principales	- - -				
<b>IV. EQUIPO BIOMÉDICO ALTERNATIVO EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>					
Existen equipos biomédicos alternativos en ESSALUD:    SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Denominación Nacional o Internacional				Nivel de uso	
Código SAP		Especialidad		Costo de la tecnología <sup>3</sup>	
Características Principales	- - -				
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>					
Marcar el caso que corresponda					
<input type="checkbox"/>	a) Por obsolescencia tecnológica.				
<input type="checkbox"/>	b) Por alerta sanitaria.				
<input type="checkbox"/>	c) Por cambio tecnológico.				
<input type="checkbox"/>	d) Enfermedad, situación clínica o procedimiento no cubierto por los equipos biomédicos del petitorio de ESSALUD.				
<input type="checkbox"/>	e) Inexistencia comprobada en el mercado de algún equipo biomédico considerado en el petitorio de ESSALUD.				

- f) Disminución significativa del costo con el uso de una alternativa diferente a las consideradas en el petitorio de equipos biomédicos de ESSALUD.
- g) Situación de monopolio para equipos biomédicos del petitorio de ESSALUD.

**VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

1. Opinión del usuario respecto a la operatividad del equipo biomédico (nueva tecnología):

.....  
 .....

2.

Indicaciones de Uso:

--

3. Frecuencia de uso:

Nº de turnos por día \_\_\_\_ Horas por día \_\_\_\_ Días al año: \_\_\_\_

4. Grado de utilización:

Tiempo de utilización<sup>4</sup> (tu):

Tiempo de funcionamiento<sup>5</sup>:

Grado de Utilización<sup>6</sup>:

Periodo de medición:

5. El equipo biomédico solicitado se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
 \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)

6. Población Objetivo:

\_\_Neonato \_\_Niño \_\_Adolescente \_\_Adulto \_\_Geronte \_\_Gestante

7. El equipo biomédico solicitado será de uso:

\_\_Hospitalario \_\_ambulatorio \_\_Ambos

8. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

9. Para el caso de modificaciones detallar la característica y adjuntar el sustento de modificación. (cualitativamente)

**VII. PRODUCCIÓN DEL EQUIPO, DEMANDA, % USO DEL EQUIPO CON COBERTURA DE LA DEMANDA**

Unidad de Medida <sup>7</sup>	Producción Anual (A)	Capacidad de Producción del Equipo (B)	Demanda Existente (C)	Demanda Planificada	% de Uso (A/B x 100)	% de Cobertura (A/C x 100)
Cantidad por turno						
Cantidad por día						

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

Cantidad por año						
<b>VIII. RECURSOS HUMANOS EXISTENTES</b>						
Número de personal profesional y de apoyo:						
1. N° de Médicos:						
2. N° de Tecnólogos Médicos:						
3. N° de Enfermeras:						
4. N° de Técnicos:						
<b>IX. CONDICIONES DE OPERACIÓN</b>						
Infraestructura adecuada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Insumos disponibles	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Instalaciones correctas a	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Accesorios de Operación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>X. REQUIERE DE OTROS EQUIPOS COMPLEMENTARIOS PARA MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO?</b>						
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
¿Cuáles? .....						
<b>XI. IMPACTO AMBIENTAL</b>						
<b>XII. OBSERVACIONES</b>						
<b>XIII. EVIDENCIA CIENTÍFICA DISPONIBLE</b>						
De solicitar incluir o modificar un equipo biomédico, deberá sustentar la seguridad y eficacia del nuevo equipo biomédico o de la modificación solicitada, basándose en la mejor evidencia científica disponible y tomando en cuenta las características del contexto local respecto a la disponibilidad de recursos, valores y preferencias de la población atendida en ESSALUD, así como también la sostenibilidad de la Institución.						
.....						
.....						

- (1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.  
 (2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.  
 (3) Considerar el precio de venta al público actual.  
 (4) tu: Tiempo de utilización del equipo en un período determinado  
 (5) ts: Tiempo de funcionamiento del servicio en un período determinado  
 (6)  $U = tu/ts \times 100\%$   
 (7) Las cantidades se refieren a la Unidad de Medida. Por ejemplo: paciente, examen, tratamiento, etc.



**ANEXO N° 09**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE AYUDAS BIOMECAICAS**

<b>I. DATOS GENERALES</b>					
Fecha: / /					
1. Establecimiento:					
2. Datos del solicitante <sup>1</sup> :					
Nombres y apellidos:			N° Colegiatura/RNE:		
Profesión / Especialidad:			Servicio / Departamento:		
N° de teléfono:			Correo electrónico:		
<b>II. TIPO DE SOLICITUD</b>					
Incorporación <input type="checkbox"/>		Exclusión <input type="checkbox"/>		Modificación <input type="checkbox"/>	
<b>III. IDENTIFICACIÓN DEL MOBILIARIO CLÍNICO</b>					
Denominación:		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales		-			
		-			
		-			
<b>IV. ALTERNATIVAS EN EL PETITORIO DE ESSALUD O PROPUESTA DE MODIFICACIÓN</b>					
Existe la ayuda biomecánica alternativa en ESSALUD: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Denominación:		Unidad de Medida		Nivel de Uso	
Código SAP <sup>2</sup>	Especialidad			Costo unitario <sup>3</sup>	
Características Principales		-			
		-			
		-			
<b>V. MOTIVO DE SOLICITUD</b>					
Describir cuantitativamente y cualitativamente el motivo de la solicitud, demanda insatisfecha, población objetivo, etc.					
<b>VI. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD</b>					
1.					
Indicación de uso	Nivel de uso	N° de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual	

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

2. La ayuda biomecánica solicitada se encuentra dentro de alguna guía/protocolo de uso institucional:  
\_\_\_SI \_\_\_NO (De ser afirmativa la respuesta, adjuntar copia)
3. Población Objetivo:  
\_\_\_Neonato \_\_\_Niño \_\_\_Adolescente \_\_\_Adulto \_\_\_Geronte \_\_\_Gestante
4. Documentar la experiencia de uso; mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero de la tecnología requerida.

(1) En el caso que la solicitud sea efectuada por más de un profesional, consignar solamente el nombre de uno.

(2) Llenar sólo en caso de exclusión o modificación.

(3) Considerar el precio de venta al público actual.

**ANEXO N° 10**  
**SOLICITUD DE MODIFICACIONES A LAS ESPECIFICACIONES TECNICAS DE**  
**EQUIPOS BIOMEDICOS Y EQUIPAMIENTO COMPLEMENTARIO COMO**  
**RESULTADO DEL ESTUDIO DE POSIBILIDADES QUE OFRECE EL MERCADO**

<b>DENOMINACION DEL EQUIPO:</b>
<b>CÓDIGO SAP:</b>

**TIPO DE ADQUISICION**    REPOSICION     PROYECTO DE INVERSIÓN     OTRO (especificar)

**INFORMACION NECESARIA PARA EFECTUAR LAS MODIFICACIONES**

	Si	No
ESTUDIO DE MERCADO CONCLUIDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORME FINAL DE ESTUDIO DE MERCADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CUADRO CONSOLIDADO DE LA EVALUACION TECNICA (CUMPLIMIENTO DE EETT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMACION TECNICA (CATALOGOS, BROCHURES, DATASHEET, ETC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NUMERAL (ES) DE LA ESPECIFICACION TECNICA VIGENTE**

Ejm: A01: PANTALLA LCD

**NUMERAL (ES) DE LA ESPECIFICACION TECNICA A MODIFICAR**

Ejm: A01: PANTALLA LCD o LED

**SUSTENTO TECNICO DE LAS PRECISIONES SOLICITADAS**

Ejm: Modelos de equipos en el estudio de mercado con nuevas tecnologías
---

\_\_\_\_\_  
Firma  
Solicitante

**ANEXO N° 12****DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES**

Mediante la presente Declaración, el profesional que la suscribe asume la responsabilidad por cualquier omisión, dato inexacto o no veraz relacionados con la información que en ella se consigna. En caso existan o se presenten conflictos de intereses en el desarrollo de sus funciones, sin notificar de tal situación, ESSALUD adoptará las acciones administrativas y legales que correspondan.

La responsabilidad a que hubiese lugar, conlleva a la imposición de sanciones administrativas, en concordancia con lo establecido en la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005-PCM; el Código de Ética de ESSALUD; el Reglamento Interno de Trabajo de ESSALUD; la Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-2002-PCM; la Ley N° 30057, Ley del Servicio Civil<sup>1</sup> y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM<sup>2</sup>; así como al inicio de acciones civiles o penales que se pudiesen derivar de la inexactitud, omisión o no veracidad a que se refiere el párrafo anterior.

**SECCION 1. INFORMACION PERSONAL**

Nombre y apellidos: .....

Institución(es) donde trabaja, incluye ESSALUD:

1.....

2.....

**SECCION 2: ACTIVIDADES REMUNERADAS O FINANCIADAS POR INSTITUCIONES PRIVADAS EN LOS ÚLTIMOS VEINTICUATRO (24) MESES**

Mencione en la siguiente tabla si usted tiene algún tipo de relación financiera y/o laboral con alguna institución/empresa o ha recibido financiación por cualquier actividad en el ámbito profesional, académico o científico dentro del área de la salud u otra que esté directamente o indirectamente relacionada al fomento, producción o comercialización del dispositivo médico/equipo biomédico y/o otra tecnología de la salud que propone sea utilizado en el paciente.

Complete el siguiente cuadro poniendo "No" o rellenando con una X si usted, sus familiares o su institución han recibido pagos o cualquier tipo de financiamiento por alguno de los conceptos listados. De ser uno de estos conceptos afirmativo, mencionar el nombre de la entidad o empresa y, si es que lo considera pertinente, formular comentarios.

---

<sup>1</sup> Artículo 88. Sanciones aplicables. Las sanciones por faltas disciplinarias pueden ser:

- Amonestación verbal o escrita.
- Suspensión sin goce de remuneraciones desde un día hasta doce (12) meses.
- Destitución.

<sup>2</sup> Artículo 102.-Clases de sanciones. Constituyen sanciones disciplinarias las previstas en el artículo 88 de la Ley: Amonestación verbal, amonestación escrita, suspensión sin goce de compensaciones desde un día hasta doce meses y destitución. Asimismo, para el caso de los ex servidores la sanción que les corresponde es la inhabilitación para el reingreso al servicio civil hasta por cinco (5) años, de conformidad a lo establecido en la Ley 27444.

Tipo de Relación con institución/empresa que produce el dispositivo médico	No	Sí, a Usted	Sí, a su institución	Sí, a algún familiar*	Instituciones Financiadoras	Comentarios
Consultor						
Empleado/trabajador de planta						
Asesoría como experto						
Pago por charlas de cualquier tipo, incluido el servicio de portavoz						
Pago por preparación de manuscrito						
Patentes						
Derechos de autor						
Pago por desarrollo de presentaciones educativas de cualquier tipo						
Viajes, alojamientos o gastos en reuniones de actividades que no están listadas						
Financiamientos de cualquier tipo						
Financiación o contratos en proyectos de investigación en el campo de salud						
Otros						

\*Familiar hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad o por matrimonio (i.e., padre, madre, hijo/a, abuelo/a, hermano/a, nieto/a, del firmante o cónyuge).

### SECCION 3: OTRAS RELACIONES

¿Existen otras relaciones o actividades de tipo financiero que ESSALUD podría percibir como potencialmente influyentes en sus decisiones técnicas respecto al dispositivo médico/ equipo biomédico u otra tecnología de la salud propuesta para su utilización?

Marcar con una X en el espacio correspondiente. Si la respuesta es "sí", por favor mencionarla específicamente

No.....

Si.....

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

Relaciones/Actividades:

DECLARACIÓN:

Yo, ....., con Documento Nacional de  
Identidad (DNI) N° ..... y Número de Colegiatura ..... declaro que he leído y  
comprendido toda la información consignada en el presente documento, la cual se ajusta a la verdad.

Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta

Declaración Jurada, ratificándome en la información proporcionada, y que la falta de veracidad  
inexactitud u omisión de la información dará lugar a las sanciones y responsabilidades  
administrativas y judiciales, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Lima,

.....

.....  
Nombre completo y Firma  
DNI N°

## ANEXO N° 13

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

El que suscribe \_\_\_\_\_ con N° de Colegiatura \_\_\_\_\_ me comprometo a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias en las que participo dentro de las actividades del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud, y declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- No divulgar a terceras personas o instituciones ajenas al IETSI el contenido de cualquier documentación o información a la que tenga acceso mi persona como parte de mi participación en las actividades del IETSI;
- No permitir a terceros el manejo de documentación, o entregar documentos, a la que tenga acceso mi persona como parte de mi participación en las actividades del IETSI;
- No explorar y aprovechar en beneficio propio o permitir el uso de otros, de la información a la que tenga acceso mi persona como parte de mi participación en las actividades del IETSI;
- No conservar documentación que sea propiedad del IETSI, ni permitir que se realicen copias no autorizadas de esta información.
- Asumir ética y responsablemente el manejo de la información a la que tenga acceso mi persona como parte de mi participación en las actividades del IETSI.
- Declaro haber leído, entendido y aceptado, los términos del presente compromiso de confidencialidad, y aceptar el cumplimiento de lo allí requerido.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias. La responsabilidad a que hubiese lugar, podría conllevar a la imposición de sanciones administrativas según sea el caso.

Lima, \_\_\_\_\_

---

Firma  
Nombre completo:  
DNI N°

**ANEXO N° 14**
**INFORME DE LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO/SERVICIO**
**SOLICITUD DE INCORPORACION, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DEL PETITORIO DE  
DISPOSITIVOS MÉDICOS/EQUIPOS BIOMÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGIAS  
RELACIONADAS-ESSALUD**

INFORME DE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO				
Nombre del Dispositivo Medico, Equipo Biomédico y Otras Tecnologías relacionadas	Código SAP:	Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:
Participantes:		Cargo:		
	Jefe del Departamento			
	Jefe del Servicio			
	Servicio			
	Servicio			
	Servicio			
<b>BREVE RESUMEN DE LA SOLICITUD:</b>				
<b>JUSTIFICACIÓN:</b>				
<b>EVALUACIÓN:</b>				
<p>Sobre la base de la información del expediente que sustenta la solicitud de incorporación, exclusión o modificación del dispositivo médico, equipo biomédico u otra tecnología de la salud y teniendo en cuenta información complementaria, de ser necesaria, los integrantes del Departamento y Servicio evaluarán la solicitud, con el rigor técnico y ético que le compete, bajo las siguientes consideraciones (utilizar hojas adicionales de ser necesario):</p>				
<p>1. Análisis del dispositivo médico o equipo biomédico solicitado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción del dispositivo médico o equipo biomédico solicitado.</li> <li>• Evaluar la validez del motivo de la solicitud</li> <li>• Evaluar la justificación de la solicitud</li> <li>• Estimar el costo de la implementación de la tecnología propuesta en su órgano desconcentrado.</li> <li>• Evaluar si requiere de recurso humano específico y si se cuenta con el mismo.</li> </ul>				



2. Evidencia científica disponible

- Adjuntar bibliografía científica disponible que sustente la eficacia y seguridad del dispositivo médico o equipo biomédico solicitado (i.e.: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios clínicos).

Señalar si se aprueba el requerimiento del dispositivo médico, equipo biomédico u otra tecnología de la salud solicitada.

.....

De aprobarse su uso, indicar cómo se va a evaluar su seguridad, los resultados de su uso y como se va a hacer su control.

.....

.....

.....

**NOMBRES Y FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO QUE EVALUARON LA SOLICITUD:**

Firma y sello del Jefe de Departamento	Firma y sello del Jefe del Servicio	Firma y sello de integrante del Servicio
Firma y sello de integrante del Servicio	Firma y sello de integrante del Servicio	Firma y sello de integrante del Servicio

Los valores de la Seguridad Social en Salud son: solidaridad, equidad e integralidad, con el fin de brindar una prestación oportuna, eficiente y de calidad para los asegurados y derechohabientes.

**ANEXO N° 15**
**INFORME DE LA JUNTA TÉCNICA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS, EQUIPOS BIOMÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS RELACIONADAS**

INFORME DE JUNTA TÉCNICA				
Nombre del Dispositivo Médico, Equipo Biomédico u Otra Tecnología de la Salud	Código SAP:	Fecha:	Hora de inicio:	Hora de término:
Participantes:		Cargo:		
	Presidente de la Junta Técnica (Representante OPO-UERM o quien haga sus veces)			
	Integrante de la Junta Técnica			
	Integrante de la Junta Técnica			
	Integrante de la Junta Técnica			
	Integrante de la Junta Técnica			
<b>PROCEDENCIA:</b>				
Centro o Red Asistencial :.....				
Servicio o Departamento:.....				
<b>RECEPCIÓN DEL EXPEDIENTE:</b>				
Fecha de recepción: .....				
Completo: .....				
Incompleto (se devuelve): .....				
Fecha de Evaluación: .....				
<b>DISPOSITIVO MEDICO:</b>				
Nombre	Indicación de uso	Nº de casos anual	Cantidad necesaria anual	Costo anual

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.

**RESUMEN DE LA EVALUACIÓN POR LA UNIDAD DE EVALUACION DE RECURSOS MEDICOS O QUIEN HAGA SUS VECES**

Sobre la base de la información del expediente que sustenta la solicitud de incorporación, exclusión o modificación del dispositivo médico, equipo biomédico y otras tecnologías relacionadas, y teniendo en cuenta información complementaria, de ser necesaria, la Junta Técnica evaluará la solicitud, con el rigor técnico y ético que le compete, bajo las siguientes consideraciones (utilizar hojas adicionales de ser necesario):

**3. Análisis del dispositivo médico, equipo biomédico y otras tecnologías relacionadas**

- Descripción del dispositivo médico, equipo biomédico y otras tecnologías relacionadas.
- Evaluar la validez del motivo de la solicitud
- Evaluar la justificación de la solicitud
- Verificar la existencia de registro sanitario de la tecnología solicitada.
- Verificar la existencia de alternativas en los petitorios de la entidad.
- Documentar la experiencia de uso mínimo de un (01) año dentro del país, o de dos (02) años como mínimo en el extranjero.
- Realizar un análisis de la demanda insatisfecha dentro de su órgano desconcentrado que se beneficiaría de esta nueva tecnología.
- Estimar el costo de la implementación de la tecnología propuesta en su órgano desconcentrado.
- Evaluar si requiere de recurso humano específico y si se cuenta con el mismo.
- En el caso de equipos biomédicos, se debe evaluar si se cuenta con las condiciones de operación del equipo, si existe la necesidad de equipos complementarios y si cuenta con los mismos y el impacto ambiental que puede ocasionar.

**4. Evidencia científica disponible**

- Evaluación de la eficacia
- Evaluación de la seguridad
- Referencia: Estilo Vancouver (i.e.: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios clínicos).

Señalar si se aprueba la solicitud o no el uso del dispositivo médico. Equipo biomédico u otra tecnología de la salud solicitado.

.....

De aprobarse su uso, indicar cómo se va a evaluar su seguridad, los resultados de su uso y como se va a hacer su control.

.....  
.....  
.....

NOMBRES Y FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL DEPARTAMENTO/SERVICIO QUE EVALUARON LA SOLICITUD:		
Firma y sello del Jefe de la Junta Técnica	Firma y sello del integrante de la Junta Técnica	Firma y sello del integrante de la Junta Técnica
Firma y sello del integrante de la Junta Técnica	Firma y sello del integrante de la Junta Técnica	Firma y sello del integrante de la Junta Técnica

Nota: El contenido de los formatos e información a completar ha sido aprobado por Resolución N° 13-IETSI-ESSALUD-2018, que Aprueba la "Directiva 001-IETSI-2018 que regula los Petitorios de Dispositivos Médicos, Equipos Biomédicos y Otras Tecnologías relacionadas de EsSalud", por lo que, serán de materia de observaciones aquellos expedientes que no tengan toda la información requerida.