**Anexo 5. Lista de verificación CONASA - CONAMEI**

**Codificación CONAMEI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la entidad solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Medicamento solicitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indicación solicitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Para la evaluación de la documentación presentada se deberá consignar cumple, no cumple o no aplica (N/A) según corresponda.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUISITOS PRESENTADOS** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **N/A** | **OBSERVACIONES** |
| **FORMULARIO DE SOLICITUD PARA INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN O MODIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS** |
| Fecha de presentación de los documentos  |   |   |   |   |
| Nombre de la institución solicitante |   |   |   |   |
| Institución del SNS o entidad a la que pertenece |   |   |   |   |
| Nombre del Representante legal |   |   |   |   |
| Nivel de prescripción |   |   |   |   |
| Nivel de atención |   |   |   |   |
| Firma de la máxima autoridad de la institución |   |   |   |   |
| **INFORME RÁPIDO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS** |
| **Problema de salud y uso actual de la tecnología sanitaria** |
| Descripción detallada del problema de salud (perfil epidemiológico en el Ecuador) |   |   |   |   |
| Introducción a la tecnología sanitaria a evaluar (medicamento) |   |   |   |   |
| **Descripción de la tecnología sanitaria (medicamento)** |
| Código ATC |   |   |   |   |
| Principio activo / DCI |   |   |   |   |
| Nombre comercial |   |   |   |   |
| Concentración |   |   |   |   |
| Forma farmacéutica |   |   |   |   |
| Indicación terapéutica solicitada |   |   |   |   |
| Vía de administración |   |   |   |   |
| Posología |   |   |   |   |
| Mecanismo de acción |   |   |   |   |
| Fabricante (Principal y/o alterno) |   |   |   |   |
| Nro. Registro Sanitario |   |   |   |   |
| Advertencias y alertas de seguridad de la tecnología sanitaria |   |   |   |   |
| **Metodología y resultados** |
| Recomendaciones de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias a nivel regional e internacional. |   |   |   |   |
| Pregunta de investigación PICO |   |   |   |   |
| Método de búsqueda |   |   |   |   |
| Evaluación de la calidad metodológica de los estudios |   |   |   |   |
| Extracción de datos y síntesis de la evidencia |   |   |   |   |
| Discusión |   |   |   |   |
| Conclusiones |   |   |   |   |
| **INFORME DE ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO** |
| Perspectiva |   |   |   |   |
| Horizonte temporal y tasa de descuento |   |   |   |   |
| Estimación de la Población objetivo |   |   |   |   |
| Costo de adquisición del medicamento por paciente |   |   |   |   |
| Costo total del tratamiento (incluido procedimientos médicos y eventos adversos)por paciente |   |   |   |   |
| Costo total de la población objetivo |   |   |   |   |
| Impacto presupuestario anual por población objetivo y proyección a 5 años. |   |   |   |   |
| Análisis de sensibilidad |   |   |   |   |
| Discusión |   |   |   |   |
| **INFORME DE EVALUACIÓN ECONÓMICA (Revisión de estudios de análisis de costo efectividad/utilidad y/o estudio en Ecuador)** |
| Pregunta PICO |   |   |   |   |
| Tipo de evaluación económica |   |   |   |   |
| Perspectiva |   |   |   |   |
| Horizonte temporal y tasa de descuento |   |   |   |   |
| Modelo económico |   |   |   |   |
| Costo del tratamiento |   |   |   |   |
| ICER (caso base) |   |   |   |   |
| Análisis de sensibilidad |   |   |   |   |
| Discusión y conclusiones |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **COMENTARIOS DEL VERIFICADOR** |
|  |
| **CONCLUSIÓN** |
| **CONCLUSIÓN** | **PASA A REVISIÓN DE LA CONAMEI** |  | Envío a Presidencia CONAMEI  |
| **SALVAR OBSERVACIONES** |  | Devolver al solicitante |