



DEMANDE D'ÉVALUATION D'UNE TECHNOLOGIE OU D'UN MODE D'INTERVENTION EN SANTÉ

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Titre du projet	
Date de la demande	
Demandeur	
Fonction principale	
Département	
Service	
Personnes ressources (nom, fonction et courriel) :	
1.	
2.	

Veillez préciser le contexte de la demande :

- Introduction d'une technologie
- Introduction d'un mode d'intervention en santé
- Révision d'une technologie
- Révision d'un mode d'intervention en santé

2. ENJEUX RELIÉS À LA DEMANDE

Est-ce que la demande comporte un des enjeux suivants :

- Demande provenant du MSSS
- Demande initiée à la suite d'un événement sentinelle
- Demande afin d'assurer l'amélioration continue et répondre aux normes d'agrément Canada
- Autre : _____

3. CONTEXTE DE L'INTERVENTION

Description du problème de santé :

Décrire le contexte clinique, les options de prise en charge actuelles et l'information pertinente en lien avec le problème médical visé par l'intervention.

Caractéristiques de l'intervention à évaluer :

Décrire l'intervention et les indications en fonction de la condition médicale et de la population ciblée. S'il s'agit de l'introduction d'une technologie ou d'un mode d'intervention en santé, veuillez en décrire le caractère innovant.

4. EFFICACITÉ ET INNOCUITÉ DE L'INTERVENTION

Résumé des principales études concernant l'efficacité ou l'innocuité de l'intervention :

Référence bibliographique #1

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guide de pratique clinique | <input type="checkbox"/> Étude prospective (non randomisée) |
| <input type="checkbox"/> Revue systématique/méta-analyse | <input type="checkbox"/> Étude rétrospective |
| <input type="checkbox"/> Rapport d'ETMIS <input type="checkbox"/> Essai clinique randomisé | <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____ |

Résultats, conclusions et recommandations de l'étude

Référence bibliographique #2

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Guide de pratique clinique | <input type="checkbox"/> Étude prospective (non randomisée) |
| <input type="checkbox"/> Revue systématique/méta-analyse | <input type="checkbox"/> Étude rétrospective |
| <input type="checkbox"/> Rapport d'ETMIS <input type="checkbox"/> Essai clinique randomisé | <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____ |

Résultats, conclusions et recommandations de l'étude

Y-a-t-il des risques ou des effets indésirables pour le patient ou le personnel reliés à l'intervention à évaluer :

- oui non si oui, préciser lesquels :

5. IMPACTS BUDGÉTAIRES ET ÉCONOMIQUES

Est-ce que l'introduction de l'intervention à évaluer :

- est susceptible de générer des économies ? oui non je ne sais pas
 - ◆ Si oui à quel niveau :
 - Fournitures requises
 - Ressources humaines
 - Entretien et mises à jour
- nécessitera un investissement ? oui non je ne sais pas
 - ◆ Si oui à quel niveau :
 - Acquisition liée à l'intervention
 - Fournitures requises
 - Ressources humaines
 - Entretien et mises à jour

6. APPROBATIONS

Chef de service médical : _____ Signature : _____ Date :

Année	Mois	Jour

(Nom en lettres majuscules)

Directeur concerné : _____ Signature : _____ Date :

Année	Mois	Jour

(Nom en lettres majuscules)

7. ENVOI DU FORMULAIRE

Veuillez s.v.p. enregistrer le formulaire en pdf et le joindre dans un courriel à :
sylvain.bussières@ssss.gouv.qc.ca et isabelle.poirier@ssss.gouv.qc.ca (en c.c.)