

Formulaire de saisine CEDIT

A transmettre au Secrétariat scientifique du CEDIT
Direction Médico-Administrative
3 avenue Victoria 75004 Paris

Identification du demandeur	
<i>Nom/ Fonction</i>	
<i>Service</i>	
<i>Hôpital</i>	
<i>Validation institutionnelle de la demande (directeur hôpital, GH, GHU, collégiale etc.)</i>	
Objet de la saisine	
<i>Intitulé de la technologie concernée</i>	
<i>Principes techniques, Description du matériel, Procédure d'utilisation</i>	
<i>Caractère innovant</i>	
<i>Etat de la réglementation et de la diffusion</i>	
Intérêt médical	
<i>Pathologies, indications, populations concernées</i>	
<i>Bénéfices attendus pour les patients</i>	
<i>Etat de l'évaluation</i>	
Impact de la diffusion	
<i>Sur les dépenses hospitalières (investissement, consommables etc .)</i>	
<i>Sur l'organisation hospitalière (structures, collaborations, recrutement etc.)</i>	
<i>S'agit il d'une technique de substitution, de remplacement ou complémentaire d'autre(s) technique(s) déjà utilisée(s) (les citer)</i>	
Raisons de la saisine	<input type="checkbox"/> Demande d'avis concernant l'intérêt médical et la diffusion de la technique à l'AP-HP : <input type="checkbox"/> Demande d'aide méthodologique, logistique ou financière <input type="checkbox"/> Autre :

Fait à le

Signature :