



## FORMULARIO DE CASO DE INNOVACIÓN

Remitir cumplimentado este formulario por email a  
[unidad.innovacion.salud@navarra.es](mailto:unidad.innovacion.salud@navarra.es)

### **Persona de contacto**

Nombre y apellidos:

Servicio o Unidad:

Telf.:

E-mail:

Fecha:

### **1. TÍTULO DEL CASO DE INNOVACIÓN:**

### **2. ACRÓNIMO:**

### **3. CLASIFICACIÓN DEL CASO DE INNOVACIÓN (marcar con una X):**

- BIO – Biotecnología y diagnóstico molecular
- FARMA – Medicamentos y productos farmacéuticos
- MEDTECH – Materiales y dispositivos médicos
- ORG – Innovación asistencial/organizativa
- TIC – Solución digital
- Otra: \_\_\_\_\_

### **4. TIPO DE CASO DE INNOVACIÓN (marcar con una X):**

- Tecnología sanitaria
- Producto
- Servicio
- Solución digital
- Proceso
- Otro: \_\_\_\_\_

**5. OBJETO DEL CASO DE INNOVACIÓN** (marcar con una X):

- Nueva solución no existente
- Solución alternativa a una existente
- Mejora de una solución existente
- Nuevo uso o aplicación de una solución existente

**6. ORIGEN DEL CASO DE INNOVACIÓN** (marcar con una X):

- Iniciativa de un profesional
- Iniciativa de una Dirección de Área o Servicio
- Proyecto de investigación
- Propuesta de usuarios o de asociación de pacientes

**7. GRADO DE DESARROLLO DEL CASO DE INNOVACIÓN** (marcar con una X):

- Desarrollo experimental en laboratorio
- Prototipo desarrollado
- Desarrollo implantado
- Otro. Especificar: \_\_\_\_\_

**8. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CASO DE INNOVACIÓN**

Descripción del reto, problema, necesidad u obstáculo abordado. Solución propuesta. Aspecto innovador del caso.

**9. IMPACTO ESPERADO DEL CASO DE INNOVACIÓN EN (marcar con una X):**

- Resultados de salud
- Sostenibilidad y coste-efectividad
- Satisfacción paciente
- Satisfacción profesional sanitario
- Desarrollo empresarial
- Otro: \_\_\_\_\_

**10. DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO ESPERADO**

**11. SERVICIOS SOLICITADOS A LA UNIDAD DE INNOVACIÓN (marcar con una X):**

- Comunicación y difusión
- Búsqueda de socios para desarrollo
- Apoyo para la elaboración de proyecto de innovación
- Apoyo para la evaluación y extracción de datos
- Apoyo para la captación de financiación
- Apoyo en protección y transferencia de resultados
- Otros: \_\_\_\_\_

## 12. PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo que establece el Reglamento (UE) 2016/679 General de Protección de Datos y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales, la Fundación Miguel Servet, como Responsable de Datos, le informa de que los datos personales que nos facilite mediante el uso de los formularios en la página web serán incorporados a un fichero bajo titularidad de la Fundación Miguel Servet, con la finalidad de gestionar su solicitud y enviarle información más detallada. Asimismo, la Fundación Miguel Servet le informa de que podrá ejercitar gratuitamente los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, así como ejercer cualquier otro derecho o solicitud de información, mediante comunicación dirigida a la siguiente dirección de correo electrónico: [dpd-navarrabiomed@navarra.es](mailto:dpd-navarrabiomed@navarra.es) o al correo del Servicio Científico Técnico de Innovación de la FMS-NB: [unidad.innovacion.salud@navarra.es](mailto:unidad.innovacion.salud@navarra.es), o mediante un escrito a la dirección C/ Irunlarrea 3, Recinto del Hospital Universitario de Navarra. 31008 Pamplona. Navarra. España, adjuntando una copia del documento identificativo vigente (DNI o Pasaporte).

## 13. RECEPCIÓN DEL FORMULARIO (A rellenar por la Unidad de Innovación)

Fecha:

Enviar al Servicio Científico Técnico de Innovación: [unidad.innovacion.salud@navarra.es](mailto:unidad.innovacion.salud@navarra.es)