

FORMULARIO – SOLICITUD PARTICIPACIÓN

**Presentación AREXCELLENCE II**

El proyecto AR-EXCELLENCE II, el cual dará continuidad a la fase I, iniciada en 2014, cuyo promotor es la Sociedad Española de Reumatología, tiene por objetivo evaluar la calidad asistencial en el manejo de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en las Unidades de Reumatología (UR) de hospitales españoles.

AR-EXCELLENCE es un proceso de evaluación de la calidad de la atención a los pacientes con AR en las UR españolas. En el año 2014, se llevó a cabo una primera fase en la que participaron 46 Unidades de Reumatología (UR) de hospitales españoles y permitió identificar las principales áreas de mejora en la atención de estos pacientes. Tres años desde la finalización de este proyecto, se propone la reevaluación de los criterios de calidad de los centros participantes en la primera fase y la evaluación de los que se incorporan en esta segunda.

**Tareas AREXCELLENCE II**

Los reumatólogos responsables del presente estudio se comprometen a las siguientes tareas:

* Elaborar un listado con dos tipos de códigos, uno de ellos correspondiente al de la historia clínica y otro con un valor numérico consecutivo, de tal manera que ambos códigos estén vinculados y solo el investigador de cada centro conocerá dicha vinculación.
* Enviar a la Unidad de investigación (UI) de la SER solo el número total de pacientes que ha incluido en el listado.
* La UI de la SER le enviará los números de los pacientes seleccionados al azar. Cada número corres­ponderá a un paciente que se incluirá en el estudio, 8 por centro.
* Debe solicitar la historia clínica del paciente. En el caso de que su hospital tenga historia electrónica deberá imprimir en papel el periodo desde que el paciente comienza con los síntomas de AR hasta la última visita antes de la auditoria, para generar una historia en papel.
* Facilitar un espacio físico para que el evaluador externo pueda analizar 8 historias clínicas seleccio­nadas.
* Como existirán pruebas complementarias que no estén en papel, deberá designar a alguien de su servicio para que asista al evaluador en el acceso al listado de pruebas complementarias realizadas a los pacientes.
* Estar a disposición del auditor el día que acuda al hospital para revisar las historias clínicas para re­solver las dudas que puedan surgirle.
* Autorizar a la cesión de sus datos personales (correo electrónico o teléfono) a empresas contratadas para dar soporte a la SER en el desarrollo del proyecto y al IP y a los miembros del Comité Científico para contactar con usted, en caso necesario, para la adecuada consecución del estudio.
* Es imprescindible que el investigador responsable del estudio lea y conozca el protocolo del estudio que le será enviado antes de la firma de aceptación por su parte.

**Solicitud de participación**

La cumplimentación del siguiente formulario y su envío a [mauxiliadora.martin@ser.es](mailto:mauxiliadora.martin@ser.es) el interés del investigador por participar en el proyecto AREXCELLENCE II. Su participación queda supeditada al cumplimiento de los requisitos administrativos\*.

Una vez analizada la solicitud por parte del Investigador Principal del proyecto, el Dr. Jose Luis Andreu y los miembros del Comité Científico (el Dr. José Perez Venegas, el Dr. Hector Corominas y el Dr. José Román Ivorra), nos pondremos en contacto con usted para resolver su participación en el proyecto.

**Protección de datos personales**

Los datos personales del Investigador interesado y demás información facilitada por éste en el presente documento serán utilizados por la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA y LA FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA para valorar el cumplimiento de los criterios del estudio, y podrán ser comunicados al Investigador Principal y al Comité Científico del estudio, así como a terceros proveedores de servicios en la medida necesaria para la ejecución y desarrollo del estudio, conservándose durante la ejecución del estudio o hasta que sea necesario en función de normativa o requisitos regulatorios. El investigador puede solicitar a la FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA el acceso a sus datos personales, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, u oponerse al tratamiento, así como la portabilidad de los datos, por escrito dirigido a Marqués de Duero, 5 1ª Planta – 28001 Madrid, o bien por mail dirigido a [datos@ser.es](mailto:datos@ser.es). Para más información y datos de contacto de nuestro Delegado de Protección de Datos puede consultar nuestra Política de Privacidad en www.ser.es/politica-de-privacidad/.

**Todos los campos del formulario son obligatorios.**

1. **Nombre del Hospital**… Haga clic aquí para escribir texto.
2. **Nombre y apellidos del médico/s solicitante como responsable/s para AREXCELLENCE en el centro**…Haga clic aquí para escribir texto.
3. **DNI del médico responsable (información indispensable para la gestión de los trámites administrativos con las fundaciones de los hospitales)…** Haga clic aquí para escribir texto.
4. **Investigadores colaboradores en el centro…** Haga clic aquí para escribir texto.
5. **Teléfono de contacto…** Haga clic aquí para escribir texto.
6. **Correo electrónico de contacto…**Haga clic aquí para escribir texto.

**Para la participación en el estudio es fundamental que la Unidad de Reumatología tenga información veraz sobre la población de referencia a la que ofrece cobertura su centro. De tal manera que teniendo en cuenta una incidencia anual de AR de 5 casos por 100.000 habitantes, en las UR que pertenezcan a centros hospitalarios que atienden a una población inferior a 200.000 personas, el total de historias clínicas de AR esperadas será de 10 historias/año. En el caso de centros hospitalarios con una población de referencia de entre 200.000 y 300.000 personas, será de 15 historias clínicas/año, y en los centros hospitalarios que atiendan a una población de entre 300.000 y 600.000 personas, será como mínimo de 30 historias/año.**

1. **¿Es posible facilitar el número de pacientes que cumplen criterios de selección para el estudio de acuerdo a la población de referencia del centro al que pertenecen?**

SÍ NO

1. **¿Es posible facilitar un espacio en el servicio de Reumatología para que los auditores revisen las historias clínicas?**

SÍ NO

1. **¿Sería posible imprimir la historia electrónica del paciente para que el auditor la revise en papel?**

SÍ NO

1. **¿Sería posible asignar a alguien de su equipo para que asista al auditor en el acceso de las pruebas complementarias realizadas a los pacientes para recabar información necesaria para la evaluación de indicadores de calidad?**

SÍ NO

Firma del Investigador interesado\*\*

Enviar escaneado a [mauxiliadora.martin@ser.es](mailto:mauxiliadora.martin@ser.es)

*\* Una vez aceptada su participación necesitara enviar la conformidad del Jefe de Servicio de su Hospital.*

*\*\* La firma de este documento implica la voluntad de participar en el proyecto AREXCELLENCE.*