

Data.....

Załącznik Nr 1 do umowy Nr....., zawartej
w dniu pomiędzy Miastem
Rzeszów a.....

Pieczęć podmiotu

Sprawozdanie merytoryczne z realizacji „Programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia”, za miesiąc.....2023 r.

1. Skuteczność zapraszania na badania:

- 1) Sposób zapraszania uczestników programu.....
 - a) zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość).....
 - b) poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę).....
 - c) inne formy (proszę wymienić).....

2. Wyniki monitorowania programu:

- 1) Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie..... i liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).....
- 2) Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu.....

3. Efekty badań przesiewowych:

- 1) Liczba osób przebadanych w etapie wstępnym programu (łącznie).....
- 2) Liczba osób objętych edukacją prozdrowotną w zakresie zapobiegania powikłaniom cukrzycy.....
- 3) Liczba osób z zaleceniem dalszej obserwacji.....
- 4) Liczba osób zagrożonych retinopatią cukrzycową i skierowanych do etapu pogłębionego Programu.....

4. Efekty badań pogłębionych:

- 1) Liczba osób przebadanych w etapie pogłębionym programu (łącznie).....
- 2) Ilość wykonanych badań optycznej koherentnej tomografii dna oka (OCT).....
- 3) Ilość wykonanych badań ultrasonograficznych oka.....
- 4) Ilość wykonanych badań angiografii fluoresceinowej.....
- 5) Liczba osób u których stwierdzono powikłania oczne cukrzycy i skierowano do leczenia.....

6) Liczba osób skierowanych do leczenia z powodu innych schorzeń okulistycznych.....

5. Miesięczny wykaz uczestników „Programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia” i wykonanych na ich rzecz świadczeń

1) w etapie wstępnym Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zameldowania	Rodzaj badania	Data udzielenia świadczenia

2) w etapie pogłębionym Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zameldowania	Rodzaj badania	Data udzielenia świadczenia

6. Miesięczne wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:

Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu z podziałem na liczbę osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze....., dobrze....., negatywnie.....(jeśli negatywnie należy podać uzasadnienie), najczęściej wyrażane uwagi uczestników programu w zakresie jakości programu oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

.....
Podpis Koordynatora Programu

.....
Podpis i pieczęć Dyrektora

Załącznik Nr 2 do umowy Nr.....
zawartej w dniu.....pomiędzy
Miastem Rzeszów a

Pieczęć podmiotu

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe z realizacji „**Programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia**”.

1. Uczestnicy Programu/frekwencja w Programie/liczba osób które skorzystały z etapu wstępnego Programu /z etapu pogłębionego Programu (łącznie, w okresie realizacji Programu).
.....
.....
2. Czasokres wykonywania Programu.
.....
.....
3. Cele Programu.
.....
.....
.....
4. Stopień osiągnięcia celów - efekty zdrowotne uzyskane i utrzymujące się po zakończeniu Programu.....
.....
.....
5. Wyniki monitorowania programu.
 - 1) Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie..... i liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).....
 - 2) Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu.....
6. Efekty badań w etapie wstępnym i pogłębionym; liczba wykonanych poszczególnych badań (odrębnie dla etapu wstępnego i pogłębionego Programu), liczba przeprowadzonych edukacji zdrowotnych, liczba osób u których wykryto powikłania oczne cukrzycy i skierowanych do leczenia (dane łączne ze sprawozdań miesięcznych, w całym okresie realizacji Programu).....
.....
.....
7. Liczba uczestników Programu wymagających dalszej opieki medycznej - ewentualnych badań i leczenia, rodzaj i ilość stwierdzonych zmian chorobowych - z powodu: powikłań ocznych cukrzycy, innych schorzeń okulistycznych (łącznie, w okresie realizacji Programu).....
.....

8. Zbiorcze wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:

Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu z podziałem na liczbę osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze....., dobrze....., negatywnie.....(jeśli negatywnie należy podać uzasadnienie), najczęściej wyrażane uwagi uczestników programu oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

9. Sprawozdanie finansowe:

Rodzaj kosztu/wydatku	Liczba świadczeń/iłość ulotek, materiałów/ opracowanie spotu	Wartość w PLN
Badanie okulistyczne		
Fotografia dna oka		
Ustna edukacja prozdrowotna		
Badanie optycznej koherentnej tomografii dna oka (OCT)		
Badanie ultrasonograficzne oka		
Badanie angiografii fluoresceinowej		
Materiały niezbędne do promocji Programu - plakaty, zaproszenia, pozostałe materiały		
Opracowanie i emisja spotu w autobusach miejskich		
Upowszechnianie informacji o powikłaniach cukrzycy (w tym powikłań ocznych) np. koszt opracowania artykułu w lokalnej prasie		

10. Ogólna ocena Programu, wnioski.

.....

.....

.....

Podpis Koordynatora Programu

Podpis i pieczęć Dyrektora