

Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”

(pieczęć nagłówkowa podmiotu)

W wyniku przeprowadzonego w dniu o godz. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:

u Pana/i urodzonego/ej w dniu zamieszkałego/ej

w

nr PESEL *

☐ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie

☐ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie:

.....
.....

DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:

.....
.....
.....

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Załącznik 2

Karta uodpornienia uczestnika „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”

I. Dane uczestnika

Nazwisko		Data urodzenia
Imię		 / / (dzień/miesiąc/rok)
Nr PESEL *		

II. Zgoda na wykonanie szczepienia

Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1781) w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego.

.....
(data i podpis pacjenta)

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

Nazwa preparatu	Nr serii szczepionki / dawka	Miejsce podania	Data i godzina wykonania szczepienia	Podpis osoby wykonującej szczepienie

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”

za miesiąc 20..... 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. Efekty szczepień przeciw grypie:

- 1) liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem).....
- 2) liczba osób niezakwalifikowanych do szczepień z powodu przeciwwskazań zdrowotnych stwierdzonych podczas badania lekarskiego (ogółem):

3. 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 Podmiotu

**Roczne sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe z realizacji
„Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce
w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025”**

za okres od do

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. Efekty szczepień przeciw grypie:

- 1) liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem).....
- 2) liczba osób niezakwalifikowanych do szczepień z powodu przeciwwskazań zdrowotnych stwierdzonych podczas badania lekarskiego (ogółem):

3. 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.

4. Środki finansowe wydatkowane na realizację Programu – łącznie:

.....
Podpis Koordynatora Programu

.....
Podpis i pieczęć Dyrektora Podmiotu

Załącznik 5

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce w wieku 65 lat i więcej na lata 2021-2025 (wzór)

I. Ocena rejestracji

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Negatywnie
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?			
uprzejmość osób rejestrujących?			
dostępność rejestracji telefonicznej?			

II. Ocena wizyty lekarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Negatywnie
uprzejmość i życzliwość lekarza?			
poszanowanie prywatności podczas wizyty?			
staranność i dokładność wykonywania badania?			
sposób przekazania informacji dot. grypy i jej powikłań?			

III. Ocena opieki pielęgniarskiej (edukacja zdrowotna, szczepienie)

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Negatywnie
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?			
poszanowanie prywatności podczas szczepienia?			
staranność wykonywania szczepienia?			
sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania grypie, w tym poprzez szczepienia ochronne?			

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Negatywnie
czystość w poczekalni?			
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?			
dostęp i czystość w toaletach?			
oznakowanie gabinetów?			

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

--

Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora Programu szczepień przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Daleszyce na lata 2021-2025 w 2023 roku

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail	
3.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
4.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody	
5.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego publicznych zoz-ów	
6.	NIP	
7.	Regon	
8.	Numer konta bankowego	
9.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
10.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
11.	Osoba odpowiedzialna za finansowe rozliczenie programu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
II. Liczba pacjentów		
	Liczba pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia (urodzonych do dnia 31 grudnia 1958 r. znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta	
III. Informacje o personelu medycznym realizującym program		
1.	Lekarze poz (liczba osób, specjalizacja)	
2.	Liczba pielęgniarek z ukończonym kursem szczepień	

IV. Plan rzeczowo-finansowy		
1.	Proponowana liczba szczepień, którą oferent mógłby wykonać na rzecz programu w 2023 roku z wyszczególnieniem:	
	- Pacjenci z listy aktywnej poz	
	- Pacjenci z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce	
	- Łączna liczba pacjentów	
2.	Cena jednostkowa szczepienia (badanie przez lekarza poz, usługa szczepienia wraz ze szczepionką)	
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej:	
	- badanie przez lekarza poz, - usługa szczepienia ze szczepionką	
4.	Koszt całkowity usługi (liczba badań x cena jednostkowa)	
V. Inne informacje		
1.	Sposób doboru i powiadamiania pacjentów znajdujących się na aktywnej liście pacjentów poz oferenta	
2.	Sposób doboru i powiadamiania pacjentów z innych poz z terenu Miasta i Gminy Daleszyce	
3.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.)	
4.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu	
5.	Lokalizacja:	
	a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax) b) dojazd	
6.	Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień?	

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej
spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację programu szczepień przeciw grypie na lata 2021-2025 w 2023 roku.

.....
Podpis kierownika (dyrektora) zakładu