Załącznik 1

Pieczątka firmowa oferenta

**Formularz ofertowy do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej   
pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom   
w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pytanie do oferenta** | **Odpowiedź oferenta** |
| **I. Dane o oferencie** | | |
| 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 |  |
| 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) |  |
| 12. | Lokalizacja:  a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel./fax)  b) dojazd |  |
| **II. Liczba pacjentów** | | |
| 1 | Liczba pacjentów w wieku 1-2 (od 12 do 24 miesiąca życia) 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 **2020 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. | Dostępność: dni tygodnia  i godziny realizacji badań, wyłącznie na rzecz programu |  |
| 4. | Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu? (nr tel., godz.) |  |
| 5. | Czy w zakładzie opieki zdrowotnej znajduje się gabinet szczepień? |  |

Potwierdzam, że zakład opieki zdrowotnej ………………………………………………………… spełnia warunki określone w ogłoszeniu na realizację „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”.

*miejscowość, data podpis kierownika (dyrektora) zakładu*

Załącznik 2

**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

|  |
| --- |
| *(pieczęć nagłówkowa podmiotu)*  W wyniku przeprowadzonego w dniu ………….….. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:  u ........................................................... urodzonego/ej w dniu ................................. zamieszkałego/ej w .................................................................................................................................................................  nr PESEL.....................................................  □ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men  □ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego p/Men:  .................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................  DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:  .................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................  ......................................, dnia ................................  *(miejscowość) (data)*    …………................................  *(pieczęć i podpis lekarza)* |

Załącznik 3

**Karta uodpornienia uczestnika „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom   
w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

1. Dane rodzica/opiekuna prawnego: ……………………………………………………

*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna*

1. Dane dziecka/uczestnika programu:

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

III. Zgoda na wykonanie szczepienia dziecka

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 u dziecka. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam/nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia mojego dziecka. 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: **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia mojego dziecka przeciw meningokokom.**

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 ze zm.) w zakresie realizowanego profilaktycznego programu zdrowotnego.

…………................................

*(data i podpis rodzica/opiekuna)*

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Data wykonania szczepienia | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|  |  |  |  |

IV. Niepożądane odczyny poszczepienne

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia |
|  |  |

Załącznik 4

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień w ramach „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce na lata 2018-2022”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacji  zawartych w zaświadczeniach  o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie  za okres sprawozdawczy  od ……..……..…… do ………………… | Adresat:  GMINA DALESZYCE |
|  | Sprawozdanie należy  przekazać w terminie  14 dni po okresie  sprawozdawczym |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie | Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień | Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień | Liczba zaszczepionych pacjentów | Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych |
|  |  |  |  |  |

......................................, dnia ................................

*(miejscowość) (data)*

…………................................

*(pieczęć i podpis osoby*

*działającej w imieniu sprawozdawcy)*

Załącznik 5

**Ankieta satysfakcji rodzica/opiekuna prawnego dziecka/uczestnika   
„Programu szczepień profilaktycznych przeciwko meningokokom w Gminie Daleszyce   
na lata 2018-2022”**

I. Ocena rejestracji

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |  |  |  |  |  |
| uprzejmość osób rejestrujących? |  |  |  |  |  |
| dostępność rejestracji telefonicznej? |  |  |  |  |  |

II. Ocena wizyty lekarskiej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość lekarza? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas wizyty? |  |  |  |  |  |
| staranność i dokładność wykonywania badania? |  |  |  |  |  |
| sposób przekazania informacji dot. zakażeń meningokokowych i ich powikłań? |  |  |  |  |  |
| sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania zakażeniom meningokokowym, w tym poprzez szczepienia ochronne? |  |  |  |  |  |

III. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie szczepienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas szczepienia? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania szczepienia? |  |  |  |  |  |

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |  |  |  |  |  |
| dostęp i czystość w toaletach? |  |  |  |  |  |
| oznakowanie gabinetów? |  |  |  |  |  |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |