Załącznik Nr 1 do umowy Nr …../2018, zawartej

Data…………………… w dniu………………2018 r. pomiędzy Miastem

Rzeszów a ………………………………………

Pieczęć podmiotu

1. 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 za miesiąc…………………….2018 r.

1) w etapie wstępnym Programu

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

1. w etapie pogłębionym Programu

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

………………………………….. ………………………………….....

Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Dyrektora

Załącznik Nr 2 do umowy Nr …../2018, zawartej

Data…………………… w dniu………………2018 r. 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………………2018 r.

Liczba osób przebadanych w etapie wstępnym programu (łącznie)………………………….....

Liczba osób objętych edukacją prozdrowotną w zakresie zapobiegania powikłaniom cukrzycy…………………………………………………………………………………………

Liczba osób z zaleceniem dalszej obserwacji……………………………………………………

Liczba osób zagrożonych retinopatią cukrzycową i skierowanych do etapu pogłębionego Programu………………………………………………………………………………………..

Liczba osób przebadanych w etapie pogłębionym programu (łącznie)………………………….

Ilość wykonanych badań optycznej koherentnej tomografii dna oka (OCT)…………………...………….

Ilość wykonanych badań ultrasonograficznych oka…………..…………………………………

Ilość wykonanych badań angiografii fluoresceinowej.………………………………………….

Liczba osób u których stwierdzono powikłania oczne cukrzycy i skierowano do leczenia…………………………………………………………………………………………..

Liczba osób skierowanych do leczenia z powodu innych schorzeń okulistycznych…………….

………………………………….. ………………………………….....

Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Dyrektora