………………… Załącznik Nr 3 do umowy Nr…………………..

zawartej w dniu………………………pomiędzy

Miastem Rzeszów a ……………………………

Pieczęć podmiotu

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystycznez 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).

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

1. Czasokres wykonywania Programu.

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

1. Cele Programu.

………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………...

1. Stopień osiągnięcia celów.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Opis wykonania zadań; liczba wykonanych poszczególnych badań (odrębnie dla etapu wstępnego i pogłębionego Programu), liczba przeprowadzonych edukacji zdrowotnych ( dane łączne, w całym okresie realizacji Programu).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Efekty Programu (ocena stopnia zainteresowania Programem, ocena Programu na podstawie ankiety badającej satysfakcję uczestników Programu).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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).

…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

1. Ogólna ocena Programu, wnioski.

…………………………………………………………………………………………

……………………………………

Podpis i pieczęć Dyrektora