

**„Program wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C,
wśród mieszkańców Rzeszowa”**

Pieczęć Świadczeniodawcy

Data _____

**ANKIETA Nr.....
oceny ryzyka zakażenia HCV**

Nazwisko _____ Imię _____ wiek badanego _____

płeć		kobieta <input type="checkbox"/>	mężczyzna <input type="checkbox"/>
miejsce zameldowania w Rzeszowie		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
zatrudnienie		rencista/emeryt <input type="checkbox"/>	pracujący <input type="checkbox"/>
osoby bezrobotne		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
mieszkam lub mieszkałam/em z osobą zakażoną HCV		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
byłam/em leczona/y z powodu zakażenia HCV		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
pobyt w szpitalu		jeden raz <input type="checkbox"/>	wielokrotnie <input type="checkbox"/>
zabieg operacyjny	jaki	kiedy (rok)	
zabieg endoskopowy			
kolonoskopia		tak <input type="checkbox"/>	kiedy
gastroskopia		tak <input type="checkbox"/>	kiedy
bronchoskopia		tak <input type="checkbox"/>	kiedy
laparoscopia		tak <input type="checkbox"/>	kiedy
transfuzje krwi lub preparatów krwiopochodnych (płytki, osocze, czynniki krzepnięcia, albuminy, immunoglobuliny)		nie <input type="checkbox"/>	
		tak, przed 1992r. <input type="checkbox"/>	
		tak, po 1992 r. <input type="checkbox"/>	
Tatuże, piercing		tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Inne zabiegi chirurgiczne i stomatologiczne	jakie	kiedy	

- Udzielenie przynajmniej jednej odpowiedzi TAK dotyczącej czynników ryzyka, kwalifikuje do badania.

Data i czytelny podpis uczestnika Programu

.....

WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU

Wynik anty - HCV	ujemny <input type="checkbox"/>	dodatni <input type="checkbox"/>
------------------	---------------------------------	----------------------------------

Pieczęć Świadczeniodawcy

1) Wyrażam zgodę na:

udział w „Programie wykrywania zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa” w tym, przeprowadzenie badania diagnostycznego zakażenia wirusem HCV

Tak Nie

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

2) Nie jestem leczony z powodu wirusowego zapalenia wątroby typu C

.....

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

3) Nie brałem udziału w ww. Programie w ciągu ostatnich 12 miesięcy

.....

Data i czytelny podpis uczestnika Programu.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

**Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu wykrywania zakażeń wirusowego
zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”**

za miesiąc.....

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..... w tym
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 którym wykonano badanie - test anty - HCV, ogółem.....
w grupie wiekowej: od 18 do 35 lat..... od 36 lat
kobiet..... mężczyzn.....
- 2) liczba udzielonych informacji na temat zapobiegania zakażeniom HCV (edukacja
uczestników programu).....
- 3) ilość materiałów edukacyjnych (ulotek) przekazanych uczestnikom
programu.....
- 4) liczba osób skierowanych do lekarza rodzinnego celem dalszej diagnostyki i leczenia
specjalistycznego.....
- 5) ilość wyników badań **negatywnych**.....
- 6) ilość wyników badań **pozytywnych**.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

**Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystyczne z realizacji „Programu wykrywania
zakażeń wirusowego zapalenia wątroby typu C, wśród mieszkańców miasta Rzeszowa”**

w okresie realizacji Programu od.....do.....2019 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..... w tym 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 którym wykonano badanie - test anty - HCV, ogółem.....
 - w grupie wiekowej: od 18 do 35 lat.....od 36 lat
 - kobiet.....mężczyzn.....
 - z uwagi na czynnik/i ryzyka medyczny/e.....
 - z uwagi na czynnik ryzyka społeczny (bezrobocie).....
- 2) liczba udzielonych informacji na temat zapobiegania zakażeniom HCV (edukacja uczestników programu).....
- 3) ilość materiałów edukacyjnych (ulotek) przekazanych uczestnikom programu.....
- 4) liczba osób skierowanych do lekarza rodzinnego celem dalszej diagnostyki i leczenia specjalistycznego.....
- 5) ilość wyników badań negatywnych.....
- 6) ilość wyników badań pozytywnych.....