Załącznik Nr 3 do umowy Nr ……………….

zawartej w dniu……………………pomiędzy

………………………………………………

…………………………

Pieczęć podmiotu

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystycznez realizacji **Programu profilaktyki raka piersi – profilaktyczne badania ultrasonograficzne piersi dla kobiet w wieku od 25 do 49 roku życia** – za 2019 rok.

1. Uczestnicy Programu/frekwencja w Programie.

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

1. Czasokres wykonywania Programu.

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

1. Cele Programu.

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

1. Stopień osiągnięcia celów - efekty zdrowotne uzyskane i utrzymujące się po zakończeniu Programu…………………………………………………………………..

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

1. Wyniki monitorowania programu.
2. 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)……………………………………………..
3. Liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu………..
4. Opis wykonania zadań; wykonane badania/podjęte interwencje/metody i formy edukacji zdrowotnej.

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

1. Efekty badań - liczba uczestników Programu wymagających dalszej opieki medycznej (rodzaj i ilość stwierdzonych zmian chorobowych, kierowanie do dalszego leczenia).

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

1. Zbiorcze 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 oraz wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich opinii uczestników programu przedstawionych w ankietach.

1. Ogólna ocena Programu, wnioski.

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

………………………………….. ………………………………….....

Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Dyrektora