

Data.....

Załącznik Nr 2 do umowy Nr....., zawartej
w dniu.....pomiędzy Miastem
Rzeszów.....

Pieczęć Świadczeniodawcy

Sprawozdanie z realizacji Programu profilaktyki raka jelita grubego dla osób od 40 roku życia, za miesiąc.....2017 r.

Lp.	Wyszczególnienie	Liczba uczestników programu ogółem	40 – 60 lat		61 lat i więcej	
			Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
1.	Liczba uczestników programu, którzy zgłosili się do programu					
2.	Liczba uczestników programu, którzy wzięli udział w etapie wstępnym					
3.	Liczba uczestników programu u których wykonano badanie na krew utajoną					
4.	Liczba uczestników programu wobec których zrealizowano edukację zdrowotną oraz którzy otrzymali ulotkę tematyczną					
5.	Liczba uczestników programu, którzy zostali zakwalifikowani do etapu pogłębionego programu					
6.	Liczba uczestników programu, którym wykonano badanie kolonoskopowe					
7.	Liczba uczestników programu, którym wykonano badanie kolonoskopowe z biopsją					
8.	Liczba uczestników programu, którym wykonano badanie kolonoskopowe z polipektomią					
9.	Liczba uczestników programu u których wykryto polipy					

10.	Liczba wykonanych badań histopatologicznych stwierdzonych polipów					
11.	Liczba uczestników programu u których pobrano wycinek do badań histopatologicznych z miejsc podejrzanych o nacieki					
12.	Liczba uczestników programu u których podejrzewany jest rak jelita grubego (potwierdzony w badaniu histopatologicznym)					
13.	Liczba uczestników programu, którym zalecono dalszą diagnostykę w ramach NFZ.					

.....
Podpis Koordynatora Programu

.....
Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Data.....

Załącznik Nr 3 do umowy Nr.....
zawartej w dniu..... pomiędzy
Miastem Rzeszów a

Pieczęć Świadczeniodawcy

Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne i statystyczne z realizacji **Programu profilaktyki raka jelita grubego dla osób od 40 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).

.....
.....

2. Czasokres wykonywania Programu.

.....
.....

3. Cele Programu.

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

4. Stopień osiągnięcia celów.

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

5. Opis wykonania zadań; liczba wykonanych poszczególnych badań, liczba przeprowadzonych edukacji zdrowotnych i przekazanych ulotek (łącznie, w okresie realizacji Programu).

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

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

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

Liczba uczestników Programu wymagających dalszej opieki medycznej, rodzaj i ilość stwierdzonych zmian chorobowych, kierowanie do dalszego leczenia (łącznie, w okresie realizacji Programu).

.....
.....

7. Ogólna ocena Programu, wnioski.

.....
.....

.....
Podpis koordynatora Programu

.....
Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy