

Załącznik nr 1 do ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wybór w 2023 roku realizatorów programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych (usg aorty brzusznej)

Umowa nr2023

zawarta w dniu 2023 r. pomiędzy **Województwem Kujawsko - Pomorskim** z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

.....

a

..... z siedzibą w
NIP....., REGON,
zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2023 dotacji z budżetu województwa w kwocie zł (słownie:złotych) na sfinansowanie wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr ... dotyczącej **przeprowadzania badań przesiewowych (USG aorty brzusznej) w ramach realizacji programu pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”** wraz z:
 - 1) określeniem średnicy aorty;
 - 2) interpretacją uzyskanych wyników, udzieleniem porady lekarskiej oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania;
 - 3) zastosowaniem elementów edukacji zdrowotnej wśród uczestników Programu;
 - 4) prowadzeniem rejestracji uczestników Programu;
 - 5) przygotowaniem i prowadzeniem niezbędnej dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu (m.in. wypełnienie kwestionariusza badania w kierunku tętniaka aorty brzusznej, wydanie wyników badania ultrasonograficznego uczestnikowi Programu, przekazanie i odebranie ankiety satysfakcji pacjenta, uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na udział w Programie i przetwarzanie jego danych osobowych);
 - 6) przeprowadzeniem ankiety satysfakcji pacjenta (tj. udostępnienie formularza ankiety w formie papierowej jak i elektronicznej na stronie internetowej oferenta, zbieranie wypełnionych ankiet)
 - 7) sporządzaniem miesięcznych sprawozdań z realizacji Programu i przekazywaniem ich wraz z wypełnionymi ankietami do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu.
2. Wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt 5 tj. wzór kwestionariusza badania w kierunku tętniaka aorty brzusznej stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy, wzór wyniku badania ultrasonograficznego stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy, wzór ankiety satysfakcji pacjenta stanowi załącznik nr ..., natomiast wzór zgody uczestnika Programu stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy.

3. Badania, o których mowa w § 1, ust. 1 skierowane są do mężczyzn w wieku od 65 do 74 roku życia palących papierosy, zamieszkałych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.
4. Termin realizacji zadania ustala się od dnia r. do dnia r.
5. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:

nr rachunku

6. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w następujący sposób:
 - a) w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego w pełnej wysokości;
 - albo
 - b) I transza w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego w wysokości zł (słownie:złotych),
II transza w terminie..... w wysokości zł (słownie:złotych).
7. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
8. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

§ 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawiera innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

§ 3

1. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prawidłowego zrealizowania zadania;
 - 2) dostarczania w terminie **do dnia każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ... do niniejszej umowy;
 - 3) dostarczenia w terminie do dnia do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
 - 4) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2, tj. do dnia na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9802 0119 5700**.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy.
4. Dotowany do sprawozdania końcowego jest zobowiązany załączyć:
 - 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem” zakodowanych list osób przebadanych zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ... do niniejszej umowy, które powinny zawierać:
 - a) numer porządkowy pacjenta, miejscowość zamieszkania pacjenta, wiek pacjenta, oraz datę przeprowadzenia badania i podpis osoby przeprowadzającej badanie,
 - b) opis merytoryczny uzasadniający poniesione wydatki wraz ze wskazaniem numeru umowy,
 - c) klauzulę „Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości (kwota)” oraz w przypadku dzielenia wydatku, wskazanie wysokości środków własnych,

- d) stwierdzeniem, że dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym,
- powyższe stwierdzenia winny być potwierdzone podpisami osób uprawnionych.
- 2) sprawozdanie merytoryczne z przeprowadzonych badań przesiewowych (USG aorty brzusznej);
 - 3) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.
5. Zastrzega się, iż koszt jednostkowy badania przesiewowego (USG aorty brzusznej) nie może ulec zmianie.
6. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
- 1) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;
 - 2) dokumenty księgowe wystawione przed lub po terminie realizacji zadania określonym w § 1 ust. 2,
 - 3) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania.

§ 4

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
 - 1) sposobu wydatkowania dotacji,
 - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym,
 - 2) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (plakatach, zaproszeniach, regulaminach, komunikatach itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz własnych stronach internetowych odpowiednich oznaczeń promocyjnych Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Samorządu Kujawsko-Pomorskie, zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie internetowej www.kujawsko-pomorskie.pl (zakładka „Promocja”) po wcześniejszym uzgodnieniu z Departamentem Spraw Społecznych i Zdrowia,
 - 3) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 2.
3. Nie wywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 2 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości zł (słownie: złotych).

§ 5

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

§ 6

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

§ 7

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9802 0119 5700**.
2. Odsetki od dotacji w przypadku:
 - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**,

- 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**.
3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

§ 8

1. Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
2. Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
3. Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
4. Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
5. Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego:
www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych

§ 9

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 10

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

Dotowany

Dotujący

.....
pieczętka realizatora programu

KWESTIONARIUSZ BADANIA SKRYNINGOWEGO W KIERUNKU TĘTNIAKA AORTY BRZUSZNEJ

NR pacjenta:

1. Dane pacjenta

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:		Adres: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr mieszkania)	

2. Podmiot leczniczy sprawujący nad pacjentem opiekę medyczną w ramach POZ

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

3. Dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta

- a) Czy był Pan kiedyś leczony w szpitalu?
TAK NIE Jeśli TAK, to z jakiego powodu?
- b) Czy był Pan operowany z powodu tętniaka aorty brzusznej?
TAK NIE
- c) Czy w Pana rodzinie ktoś chorował na tętniaka aorty brzusznej?
TAK NIE Jeśli TAK, to proszę podać stopień pokrewieństwa
- d) Czy pali Pan papierosy?
TAK NIE NIE, ALE W PRZESZŁOŚCI PALIŁEM
Jeśli TAK, to od ilu lat Pan pali? lat , ile papierosów dziennie? szt.
- e) Czy przyjmuje Pan aktualnie jakieś leki?
TAK NIE
Jeśli TAK, to proszę podać jakie
- f) Czy aktualnie na coś Pan choruje?
TAK NIE
Jeśli TAK, to proszę podać co to są za choroby?
-

4. Dane dotyczące badania:

data badania

Imię i nazwisko osoby wykonującej badanie

.....

- Wynik badania przesiewowego

a) WYMIAR AORTY BRZUSZNEJ: - Wymiar podłużny: mm

- Wymiar poprzeczny: mm

b) Inne nieprawidłowości stwierdzone w badaniu:

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

- Zalecenia:

a) Wymiar aorty **mniejszy** od 30 mm - **PACJENT NIE WYMAGA DALSZYCH BADAŃ**

b) ZALECANA KONTROLA W PORADNI CHIRURGII NACZYNIOWEJ KIEDY WYMIAR AORTY BRZUSZNEJ JEST NASTĘPUJACY:

- 30 – 44 mm - **KOLEJNE BADANIE ZA 12 MIESIĘCE**

- 45 – 54 mm - **KOLEJNE BADANIE ZA 3 MIESIĘCY**

- 55 mm i więcej - **KOLEJNE BADANIE W TRYBIE PILNYM**

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

.....
podpis osoby badającej

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”

Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
Piotr Calbecki

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Wynik badania ultrasonograficznego

Imię i Nazwisko Pacjenta:

Data urodzenia: ___ - ___ - _____

Data badania: ___ - ___ - _____

Wymiar aorty brzusznej: mm

Dziękujemy bardzo za udział w badaniu!

Jak Pan został wcześniej poinformowany, celem badania było wykrycie znaczącego poszerzenia lub rozdęcia aorty, zwanej tętniakiem.

Zalecenia:

- Wymiar aorty mniejszy od 30 mm - dalsze badania nie są konieczne,
- Wymiar aorty od 30 do 44 mm – kontrola w poradni chirurgii naczyniowej, kolejne badanie za 12 miesięcy,
- Wymiar aorty od 45 do 54 mm – kontrola w poradni chirurgii naczyniowej, kolejne badanie za 3 miesiące,
- Wymiar aorty od 55 mm i więcej – kontrola w poradni chirurgii naczyniowej, kolejne badanie w trybie pilnym,

.....
(podpis osoby badającej)

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej”

Ankieta satysfakcji

Szanowni Państwo,

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć

- kobieta
 mężczyzna

2. Wykształcenie

- podstawowe
 zawodowe
 średnie
 wyższe

3. Miejsce zamieszkania

- wieś
 miasto (do 10 tys. mieszkańców)
 miasto (do 50 tys. mieszkańców)
 miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)

4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności

- tak
 nie

5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?

- z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;
 od rodziny/znajomych;
 ze środków masowego przekazu:
 prasy,
 radia,
 telewizji,
 internetu;
 (inne - proszę wymienić)

6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?

-
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?

-
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)

.....
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

9. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o wynikach badania i dalszych zaleceniach?

- tak
- nie

10. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?

.....
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

11. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?

.....
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

12. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (wyposażenie – krzesła, wieszaki; czystość; dostęp do toalet; czystość w toaletach)

.....
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

13. Czy poleciliby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- tak
- nie
- nie mam zdania

14. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej):

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

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”

Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
Piotr Calbecki

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



ZGODA PACJENTA NA UDZIAŁ W BADANIU

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na udział w badaniu ultrasonograficznym aorty brzusznej w ramach programu pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej”

.....
miejsowość, data

.....
podpis pacjenta

ZGODA

na przetwarzanie danych osobowych udzielana przez osobę, której dane dotyczą

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych:

.....
(adres oferenta)

reprezentowany przez:

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych w 2022 r.

Oświadczam, iż udostępnione Administratorowi dane są zgodne z prawdą, a także, że zostałem(am) poinformowany(a) na temat warunków przetwarzania moich danych osobowych.

Toruń, r.

.....
(podpis osoby, której dane dotyczą)

INFORMACJA
w związku z przetwarzaniem danych osobowych osoby, której dane dotyczą

Administrator danych osobowych uprzejmie informuje, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
.....
reprezentowany przez:
(realizator programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”)
- 2) Realizator działa przez przedstawicieli administratora danych osobowych, zgodnie ze strukturą organizacyjną;
- 3) W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych proszę kontaktować się z inspektorem ochrony danych – iod@kujawsko-pomorskie.pl.....*;
- 4) Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej” w zakresie przeprowadzania badań przesiewowych w r.*;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- 6) Podawane dane będą przechowywane u realizatora przez okres
.....
.....
.....*
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich sprostowania, usunięcia, a także do ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
- 8) Posiada Pani/Pan prawo do złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże po zawarciu umowy dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 6 niniejszej informacji;
- 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne – w przypadku ich niepodania zobowiązanie realizatora wobec Pani/Pana nie zostanie zrealizowane;
- 11) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 12) Realizator nie zamierza przekazywania Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

Toruń, r.

.....
(podpis osoby, której dane dotyczą)

* uzupełnia realizator

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzuszej”

Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
Piotr Calbecki

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

.....
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

„Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” - przeprowadzania badań przesiewowych (USG aorty brzusznej)

1. Okres realizacji świadczeń (miesiąc):.....

2. Miejsce wykonania świadczeń (nazwa oraz adres placówki, w której miało miejsce udzielanie świadczeń):

--

3. Wykonanie świadczeń:

Lp.	Rodzaj zadania	Jednostka rozliczeniowa	Wykonanie
1.	USG aorty brzusznej	badanie	
2.	Porada lekarska wraz z zaleceniem dotyczącym dalszego postępowania	porada	
3.	Edukacja zdrowotna pacjenta	rozmowa edukacyjna	

4. Wskaźniki dotyczące realizacji zadania:

Lp.	Rodzaj wskaźnika	Ilość
1.	Liczba pacjentów poddanych badaniu przesiewowemu w tym:	
a.	Liczba pacjentów z prawidłową średnicą aorty brzusznej (poniżej 3 cm)	
b.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej 3,0-4,4 cm	
c.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej 4,5-5,4 cm	
d.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej powyżej 5,5 cm	
2.	Liczba pacjentów z uprzednio wykrytym tętniakiem lub leczonych z powodu tętniaka	
3.	Liczba skierowań na dalszą diagnostykę	
4.	Liczba skierowań na leczenie	
5.	Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn: a) zdrowotnych b) z własnej woli c) z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)	a) b) c)

.....
podpis osoby upoważnionej

SPRAWOZDANIE (CZĘŚCIOWE*/KOŃCOWE*)

**z wykonania zadania pn. przeprowadzenie badań przesiewowych (USG aorty brzusznej)
w ramach realizacji w 2022 roku „Kujawsko-Pomorskiego Programu Badań Przesiewowych
w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej”**

Data złożenia sprawozdania:

1. Opis wykonania zadania: (miejsce realizacji zadania, liczba osób objętych programem, liczba udzielonych porad, wykryte nieprawidłowości podczas przeprowadzanych badań, rodzaj sprzętu wykorzystywanego przy realizacji zadania, informacje dotyczące personelu medycznego udzielającego świadczeń, dni i godziny udzielania świadczeń, sposoby rejestracji pacjentów w gabinecie ultrasonograficznym, inne)

--

2. Liczbowe określenie skali działań, zrealizowanych w ramach zadania:

Lp.	Wskaźnik produktów/osiągnięcia celów	Ilość
1.	Liczba przeprowadzonych badań przesiewowych (USG aorty brzusznej) w tym:	
a.	Liczba pacjentów z prawidłową średnicą aorty brzusznej (poniżej 3 cm)	
b.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej 3,0-4,4 cm	
c.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej 4,5-5,4 cm	
d.	Liczba pacjentów ze średnicą aorty brzusznej powyżej 5,5 cm	
2.	Liczba udzielonych porad lekarskich	
3.	Liczba przeprowadzonych rozmów edukacyjnych	
4.	Liczba pacjentów z uprzednio wykrytym tętniakiem lub leczonych z powodu tętniaka	
5.	Liczba skierowań na dalszą diagnostykę	
6.	Liczba skierowań na leczenie	
7.	Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu (tj. liczba odstępień) z przyczyn: a) zdrowotnych b) z własnej woli c) z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów)	a) b) c)

3. Rozliczenie finansowe dotacji:

a. koszty zadania:

I.p.	Świadczenie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego z dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Badanie przesiewowe w kierunku tętniaka aorty brzusznej - usg aorty brzusznej wraz z określeniem średnicy aorty, udzieleniem porady lekarskiej oraz zaleceń dotyczących dalszego postępowania, wypełnieniem kwestionariusza uczestnika programu oraz informacji o wyniku badania i innych niezbędnej dokumentacji dot. realizacji programu			badanie			
2.	Ogółem:						

b. rozliczenie ze względu na źródła finansowania:

Lp.	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych wg wzoru (kol. 5/kol. 3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa				
2.	Środki własne				
	Ogółem				

c. rachunki kosztów:

Lp.	Rodzaj kosztów	Nazwa dokumentu (np. wykaz pacjentów)	Data wystawienia dokumentu	Koszt (zł)
	Badanie – USG aorty brzusznej **			
Ogółem				

** podstawą do rozliczenia badań będą zakodowane listy osób przebadanych

4. Dodatkowe informacje:

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

.....
podpis osoby upoważnionej

Do niniejszego sprawozdania załączyć należy dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. listy uczestników projektu, publikacje wydane w ramach projektu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych i inne).

*** Niepotrzebne skreślić**

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

**Zakodowana lista osób przebadanych
(USG aorty brzusznej)**

Numer porządkowy pacjenta	Miejscowość zamieszkania pacjenta	Wiek pacjenta	Data przeprowadzenia badania	Podpis osoby przeprowadzającej badanie

Opis listy:

- 1) Lista dotyczy przeprowadzenia badań przesiewowych (USG aorty brzusznej) w ramach realizacji programu pn. „Kujawsko-Pomorski Program Badań Przesiewowych w Kierunku Tętniaka Aorty Brzusznej” zgodnie z umową nr
- 2) Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokościzł
- 3) Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

.....
podpisy osób upoważnionych