Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane dotyczące oferenta:**

1.Nazwa oferenta:

.....

.....

2. Adres siedziby:

.....

.....

3. Data i numer wpisu do KRS lub innego dokumentu potwierdzającego zarejestrowaną działalność:

.....

.....

4. Inne dane o ofercie:

a. Imię i nazwisko oraz numer telefonu / faxu:

- dyrektora / kierownika podmiotu

.....

.....

- osoby odpowiedzialnej za nadzór merytoryczny nad realizacją zamówienia

.....

.....

b. Nazwa banku i numer konta bankowego:

.....

.....

c. NIP: .....

d. REGON .....

**II. Kalkulacja kosztów realizacji programu**

Proponowana kwota należności za realizację poszczególnych części zadania (w pełnych złotych brutto)

**Tabela 1.**

| Lp. | Rok realizacji | 2023 |
|---|---|---|
| 1 | Szacunkowa liczba przeprowadzonych wywiadów kwalifikujących. | 250 |
| 2 | Ofertowy koszt przeprowadzonego wywiadu (za 1 wywiad). | |

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Łączny ofertowy koszt za wywiady (poz. 1 x poz. 2.) | |
| 4 | Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do testu ELISA (40% z poz. 1). | 100 |
| 5 | Koszt testu ELISA (za 1 test). | |
| 6 | Łączny koszt testów ELISA (poz. 4 x poz. 5). | |
| 7 | Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do testu Western Blot (10% z poz. 1). | 25 |
| 8 | Koszt testu Western Blot ( za 1 test) | |
| 9 | Łączny koszt testów Western Blot (poz. 7 x poz. 8) . | |
| 10 | Koszt akcji informacyjno – edukacyjnej. | |
| 11 | Oferowana cena brutto za realizację całości zadania (koszt całkowity) (poz. 3 + poz. 6 + poz.9 + poz. 10) | |

**Oferowana cena brutto za realizację całości zadania (koszt całkowity .....)**

**III. Opis akcji informacyjno–edukacyjnej:.....**

**IV. Miejsce i czas realizacji programu:**

**.....**

**V. Sposób przyjmowania zgłoszeń, informowania o terminach badania i rejestracji pacjentów oraz numer telefonu na potrzeby rejestracji:**

.....

.....

.....

**VI. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie oferty:**

.....

.....

.....

**VII. Oferent oświadcza, że spełnia warunki lokalowe, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402) oraz innymi aktami prawnymi.**

**VIII. Wykaz osób przewidzianych do realizacji zadania**

(Wraz z kopiami dokumentów kwalifikacyjnych)

| Lp. | Imię i Nazwisko | Realizowane zadanie | Kwalifikacje zawodowe | Numer prawa wykonywania zawodu | Inne dokumenty uprawniające do realizacji świadczeń |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**IX. Oświadczenie:**

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o środki na realizację profilaktycznego programu polityki zdrowotnej w konkursie na realizację w roku 2023 profilaktycznego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka
na lata 2020-2024".

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Radu (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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (DZ. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłącznie stosowania obowiązku informacyjnego, stosowanie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)

.....

(data, imię i nazwisko oraz podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta)

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**UMOWA NR ...../2023**

zawarta w dniu ..... 2023 r. w Długołęce
pomiędzy
**Gminą Długołęka** z siedzibą w Długołęce, ul. Robotnicza 12, 55-095 Mirków, REGON 931935017, NIP: 911-11-02-754 reprezentowaną przez:

**Pana Wojciecha Błońskiego - Wójta Gminy Długołęka**

przy kontrasygnacie **Pani Karoliny Ożóg – Skarbnika Gminy Długołęka,**

**zwaną dalej „Zamawiającym",**

a
....., z siedzibą w ....., wpisanym do Rejestru ....., pod Nr ....., zwanym dalej **„Wykonawcą",**
reprezentowanym przez ..... - Kierownika,

o następującej treści:

**§ 1**

1. **Wykonawca** został wyłoniony w drodze konkursu ofert ogłoszonego w dniu ..... na realizację w roku 2023 Programu Polityki Zdrowotnej pn. **„Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024"**, zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5, ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.), zwanego dalej „Programem".
2. Przedmiotem umowy jest realizacja Programu w Gminie Długołęka obejmującego przeprowadzenie badań laboratoryjnych w kierunku wykrycia boreliozy oraz podniesienie świadomości mieszkańców Gminy Długołęka na temat zapobiegania tej chorobie.
3. **Wykonawca** zobowiązuje się do realizacji Programu zgodnie z warunkami określonymi w „Ogłoszeniu konkursu ofert na realizację profilaktycznego programu polityki zdrowotnej w 2023 roku" oraz zgodnie z wytycznymi określonymi w Programie.
4. Miejsce realizacji pobrania materiału do badań na terenie Gminy Długołęka - ..... (nazwa i adres placówki).
5. Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach programu zdrowotnego są osoby, które ukończyły 18 rok życia i mają miejsce zamieszkania na terenie Gminy Długołęka. Miejsce zamieszkania weryfikowane jest przez **Wykonawcę** na podstawie oświadczenia.
6. Szacunkowa liczba osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach programu zdrowotnego wynosi ..... .

**§ 2**

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia jej podpisania do dnia 8 grudnia 2023 r.

**§ 3**

1. W ramach realizacji umowy **Wykonawca** zobowiązany jest do:
1) przedstawienia **Zamawiającemu** w terminie 7 dni od daty podpisania umowy harmonogramu, określającego terminy oraz sposób rejestracji, a także możliwe terminy przeprowadzenia badań,
2)przeprowadzenia kampanii informacyjnej obejmującej rozpowszechnienie informacji o programie zdrowotnym (druk ulotek, plakatów, materiałów informacyjnych szczegółowo opisujących cele programu),
3)wypełnienia kwestionariusza ankiety kwalifikującej, mającej na celu przypisanie ankietowanych osób do grupy ryzyka zakażeń krętkiem *Borrelia burgdorferi* **(załącznik nr 2 do umowy),**
4)pobrania krwi do testu (badania serologiczne będą obejmować obie klasy przeciwciał, tj. IgG i IgM), potwierdzonego wypełnioną kartą uczestnika **(załącznik Nr 3 do umowy),**
5)w przypadku dodatniego bądź wątpliwie dodatniego wyniku potwierdzenia badania metodą Western Blot,
6) po otrzymaniu pozytywnego wyniku testu przesiewowego skierowania pacjenta do dalszego leczenia w Poradni Chorób Zakaźnych – poza programem,
7) wykonywania świadczeń przez osoby wskazane w ofercie, stanowiącej **załącznik nr 1** do niniejszej umowy,
8) przeprowadzenie badań satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu w oparciu o ankietę **(załącznik Nr 4 do umowy),**
9) umieszczenia w widocznym miejscu informacji wraz z herbem Gminy Długołęka o finansowaniu Programu ze środków budżetowych Gminy Długołęka.
2.Czynności, o których mowa w ust. 1 **Wykonawca** wykona w ramach wynagrodzenia, o którym mowa w § 6.
3. **Zamawiający** zobowiązuje się do udostępnienia informacji o realizacji Programu poprzez umieszczenie na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Długołęka oraz stronie internetowej, informacji o Programie, w tym zakresie i sposobie jego realizacji, miejscach oraz o dniach i godzinach rejestracji odbiorców programu.
4.Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia szczegółowego sprawozdania końcowego z wykonanego programu obejmującego aspekty merytoryczne w terminie do dnia 29 grudnia 2023 r.
5.Wypełnione ankiety satysfakcji pacjenta – uczestnika „Programu", Wykonawca jest zobowiązany dołączyć do sprawozdania końcowego, o którym mowa w ust. 4.

**§ 4**

1. **Wykonawca** oświadcza, że posiada wymagane zezwolenia, kwalifikacje, wiedzę medyczną i zaplecze techniczne do wykonywania przedmiotu umowy.
2. Przy realizacji przedmiotu umowy **Wykonawca** zobowiązany jest do zachowania praw pacjenta, należytej staranności, zgodnej ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia sprzętu medycznego i urządzeń niezbędnych do realizacji przedmiotu umowy, spełniających normy prawne.

3. **Wykonawca** ponosi wyłączną odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
4. **Wykonawca** zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
5. W przypadku, gdy okres ważności polisy, o której mowa w ust. 4, upływa w trakcie
trwania niniejszej umowy, **Wykonawca** jest zobowiązany przedstawić **Zamawiającemu** nową polisę nie później niż 3 dni przed upływem terminu ważności polisy.
6. **Zamawiający** wyznacza ..... do kontaktów roboczych z **Wykonawcą**.
7. **Wykonawca** wyznacza .....do kontaktów roboczych z **Zamawiającym.**

**§ 5**

1. Realizacja przedmiotu umowy, o którym mowa w § 3 rozpoczyna się z dniem podpisania umowy, a zakończona będzie do dnia 8 grudnia 2023 r. z zastrzeżeniam, że sprawozdanie końcowe będzie złożone do 29 grudnia 2023 r.

2. Zgłaszanie, rejestracja pacjentów oraz pobranie krwi do testu, będą odbywały się w placówce na terenie Gminy Długołęka, w dniach i godzinach pracy placówki.

3. Świadczenia udzielane będą przez osoby wskazane w wykazie osób, wymienionych w ofercie stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

4. **Wykonawca** oświadcza, że osoby wyznaczone przez niego do udzielania świadczeń zdrowotnych, w ramach realizacji Programu , posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia wynikające z odrębnych przepisów.

5. **Wykonawca** oświadcza, że w trakcie obowiązywania niniejszej umowy jest w stanie zapewnić udział w realizacji Programu dostatecznej liczby osób, gwarantujący prawidłową i zgodną z niniejszą umową realizację Programu.

6. **Wykonawca** zabezpieczy dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach realizacji programu zdrowotnego i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.

**§ 6**

1. Za wykonanie przedmiotu umowy określonego w § 3 **Wykonawca** otrzyma miesięczne wynagrodzenie, które będzie stanowić iloczyn kosztu wykonanych świadczeń w danym miesiącu zgodnie z ofertą, przy założeniu, że wynagrodzenie za poszczególne świadczenie wynosi:
   1) wywiad kwalifikacyjny - .....zł.;
   2) test ELISA - ..... zł.,
   3) test Western Blot - .....zł.

2.Wynagrodzenie za przeprowadzenie akcji informacyjno – edukacyjnej wynosi .....brutto (słownie: .....). Należność za przeprowadzenie akcji informacyjno – edukacyjnej będzie ujęta w pierwszej fakturze.
3.Szacunkowa ilość osób określona w § 1 ust. 6 może ulec zmianie w zakresie realizacji poszczególnych świadczeń, w zależności od ilości osób, które faktycznie wyrażą chęć przystąpienia do Programu.

4.Wykonawca oświadcza, iż nie będzie miał roszczeń w sytuacji braku wykonania przedmiotu umowy w zakładanej ilości, w przypadku braku zgłoszenia się świadczeniobiorców.
5.Wynagrodzenie będzie płatne na konto bankowe **Wykonawcy** w terminie do 21 dni od daty złożenia **Zamawiającemu** prawidłowo wystawionej faktury.
6.Podstawę wypłacenia Wykonawcy wynagrodzenia, o którym mowa w § 6 będą stanowiły faktury wraz z miesięcznym sprawozdaniem z wykonania przedmiotu umowy. Faktury należy złożyć w Urzędzie Gminy Długołęka w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, z tym że za miesiąc grudzień fakturę należy złożyć w Urzędzie Gminy do dnia 15 grudnia 2023 r.
7.Należność za wykonanie przedmiotu umowy nie może przekroczyć kwoty określonej w ofercie, stanowiącej załącznik nr 1 do umowy oraz zaplanowanej przez **Zamawiającego** na realizację świadczeń tj. kwoty ..... zł.
8.Faktury należy wystawić na:
Gmina Długołęka
Długołęka ul. Robotnicza 12
55-095 Mirków
NIP: 911-110-27-54.

**§ 7**

1. Sprawozdanie miesięczne, o którym mowa § 6 ust. 6 powinno być zgodne ze wzorem określonym **załącznikiem nr 5 do umowy**.
2. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w sprawozdaniu, **Zamawiający** zwróci je **Wykonawcy** wyznaczając termin ich usunięcia i jednocześnie wstrzyma wypłatę wynagrodzenia.
3. Na wniosek **Zamawiającego**, **Wykonawca** zobowiązuje się udzielić niezwłocznie wszelkich dodatkowych informacji i przedłożyć wszystkie dokumenty niezbędne do rozliczenia umowy.
4. **Zamawiający** zastrzega sobie prawo do wykorzystywania informacji zawartych w sprawozdaniu, do własnych opracowań.
5. Sprawozdanie podlega akceptacji **Zamawiającego.**

**§ 8**

1. **Wykonawca** zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiającej jego kontrolę.
2. **Zamawiający** zastrzega sobie możliwość kontroli realizacji Programu w każdym czasie przez osoby przez niego upoważnione i w razie stwierdzenia nieprawidłowości, określi sposób i termin ich usunięcia.

**§ 9**

Umowa może być rozwiązana na skutek zgodnego oświadczenia woli stron w każdym czasie.

**§ 10**

1. Umowa może zostać rozwiązana przez **Zamawiającego** na skutek złożenia oświadczenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy **Wykonawca**:

1) nie podda się kontroli przez **Zamawiającego** w zakresie objętym umową,
2) udzieli odpłatnie świadczeń zdrowotnych objętych umową.

2. W przypadku:
1) nieprzystąpienia przez **Wykonawcę** do wykonywania przedmiotu umowy w terminie 10 dni od daty zawarcia niniejszej umowy lub zaprzestania wykonywania obowiązków na czas dłuższy niż 10 dni,
2) nieprzedłożenia w terminie 7 dni od daty podpisania umowy harmonogramu, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1,
3) nieudokumentowania nie później niż na 3 dni przed upływem terminu ważności polisy, o której mowa w § 4 ust. 5, zawarcia nowej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

3. **Zamawiający** ma prawo bez wyznaczania dodatkowego terminu odstąpić od umowy.

4. Oświadczenie o rozwiązaniu lub odstąpieniu od umowy z przyczyn wskazanych w ust. 1 lub 2, powinno zostać złożone w terminie 21 dni od dnia powzięcia wiadomości przez **Zamawiającego** przyczynie stanowiącej jego podstawę.

**5. W przypadku odstąpienia od umowy lub jej rozwiązania przez Zamawiającego** z przyczyn, o których mowa w ust. 1 lub 2 **Wykonawca** będzie zobowiązany do zapłaty Zamawiającemu kary umownej w wysokości 20 % kwoty określonej w § 6 ust. 7.

6. **Wykonawca** zobowiązany jest zapłacić karę umowną w terminie 14 dni od daty wystąpienia z żądaniem przez **Zamawiającego**.

7. Jeżeli wysokość szkody poniesionej przez **Zamawiającego** przewyższy wysokość kary umownej, o której mowa w ust. 5, będzie on uprawniony do dochodzenia od **Wykonawcy** odszkodowania na zasadach ogólnych kodeksu cywilnego.

**§ 11**

**Wykonawca** oświadcza, że zapoznał się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, zamieszczonej w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Gminy Długołęka, dostępnym pod adresem *dlugoleka.bip.net.pl*

**§ 12**

Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności wyłącznie w formie aneksu podpisanego przez obie strony.

**§ 13**

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową stosuje się przepisy:
1) ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2564 ze zm.),
2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 ze zm. ),
3) ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360 ze zm.).

**§ 14**

Ewentualne spory mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy miejscowo dla siedziby **Zamawiającego**.

**§ 15**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa dla **Zamawiającego** i jeden dla **Wykonawcy**.

ZAMAWIAJĄCY WYKONAWCA

.....

.....

Załączniki:
1) oferta Wykonawcy,
2) wzór kwestionariusza ankiety kwalifikującej,
3) wzór karty uczestnika Programu,
4) wzór ankiety satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu,
5) wzór sprawozdania miesięcznego.

Załącznik Nr 3.2 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w „Programie profilaktyki wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024" (wzór)**

| | | |
|---|---|---|
| Płeć (K/M) | | Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego |
| Wiek | | ..... / ..... / .....<br>*(dzień/miesiąc/rok)* |
| Nr badania | | |

| | TAK | NIE |
|---|---|---|
| Czy kiedykolwiek wykryto u Pana/ Pani boreliozę? | | |
| Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na powyższe pytanie odpowiedziały NIE | | |
| Czy ma pan/Pani następujące objawy: | | |
| •Gorączka | | |
| •Bóle kostno-stawowe | | |
| •Zawroty głowy | | |
| •Podwójne widzenie | | |
| •Bóle głowy | | |
| •Wymioty, nudności | | |
| •Sztywność stawów | | |
| •Problemy z koncentracją | | |
| •Sztywność karku | | |
| •Problemy z zebraniem myśli, wysławianiem się | | |
| •Zaburzenia nastroju | | |
| LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI | | |
| Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na powyższe pytanie w co najmniej dwóch miejscach odpowiedziały TAK | | |
| Czy pamięta Pan/Pani ukąszenie kleszcza? | | |
| Czy przebywa Pan/Pani często na otwartej przestrzeni? | | |
| Czy ma Pan/Pani zwierzę domowe przebywające często poza domem (pies, kot, królik)? | | |
| Czy wykonuje Pan/Pani jeden z podanych poniżej zawodów lub czy ma pan/Pani jedno z podanych poniżej hobby: | | |
| •leśnik | | |
| •rolnik | | |

| | | |
|---|---|---|
| •myśliwy | | |
| •działkowicz | | |
| •grzybiarz | | |
| •inne wymagający pracy w terenie zadrzewionym lub zakrzewionym, jakie? ..... | | |
| LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI | | |
| Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na co najmniej jedno z powyższych pytań odpowiedziały TAK | | |

| Kwalifikacja do uczestnictwa w programie | Pieczęć placówki | Podpis pielęgniarki |
|---|---|---|
| TAK/NIE* | | |

* niewłaściwe skreślić

Załącznik Nr 3.3 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**Karta uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024"** (wzór)

Część A

I. Dane uczestnika programu

| | | |
|---|---|---|
| Nazwisko | | Data urodzenia |
| Imię | | ..... / ..... / ..... *(dzień/miesiąc/rok)* |
| Nr PESEL* | | |

II. Zgoda na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testu diagnostycznego ELISA

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu pozytywnego testu i korzyściach oraz konsekwencjach wykrycia zakażenia. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testu diagnostycznego ELISA.**

.....

*(data i podpis pacjenta)*

Część B

III. Potwierdzenie pobrania materiału do badań i przekazania do laboratorium

| Data pobrania materiału | Podpis pielęgniarki | Data przekazania materiału do laboratorium | Podpis pielęgniarki |
|---|---|---|---|
| | | | |

IV. Potwierdzenie wykonania testu diagnostycznego i odbioru wyniku

| Data wykonania testu ELISA | Podpis pielęgniarki | Data odbioru wyniku testu ELISA | Podpis pacjenta |
|---|---|---|---|
| | | | |

V. Potwierdzenie wykonania testu diagnostycznego Western Blot i odbioru wyniku (tylko w przypadku wątpliwego wyniku ELISA).

| Data wykonania testu Western Blot | Podpis pielęgniarki | Data odbioru wyniku testu Western Blot | Podpis pacjenta |
|---|---|---|---|
| | | | |

VI. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

| Przyczyna rezygnacji | Podpis pacjenta |
|---|---|
| | |

**lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

Załącznik Nr 3.4 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024"** (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu badania

| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---|---|---|---|---|---|
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? | | | | | |
| uprzejmość osób rejestrujących? | | | | | |
| dostępność rejestracji telefonicznej? | | | | | |

II. Ocena opieki pielęgniarskiej

| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---|---|---|---|---|---|
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? | | | | | |
| poszanowanie prywatności podczas pobierania materiału do badania? | | | | | |
| staranność i dokładność wykonywania badania? | | | | | |

III. Ocena warunków panujących w przychodni

| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---|---|---|---|---|---|
| czystość w poczekalni? | | | | | |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? | | | | | |
| dostęp i czystość w toaletach? | | | | | |
| wyposażenie gabinetu? | | | | | |

IV. Ocena edukacji zdrowotnej

| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
|---|---|---|---|---|---|
| uprzejmość i życzliwość edukatora? | | | | | |
| przygotowanie merytoryczne edukatora? | | | | | |
| atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych? | | | | | |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

| |
|---|
| |

Załącznik Nr 3.5 do zarządzenia Nr 116/2023
Wójta Gminy Długołęka
z dnia 4 kwietnia 2023 r.

**Sprawozdanie miesięczne prowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024"** (wzór)

| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestników przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy<br><br>od ..... do ..... | Adresat<br>Gmina Długołęka |
|---|---|---|
| | | Sprawozdanie należy przekazać w terminie 10 dni po okresie sprawozdawczym |

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

| Liczba wykonanych interwencji wśród mieszkańców | Liczba osób uczestniczących w interwencjach |
|---|---|
| | |

II. Działania diagnostyczne

| Liczba wykonanych kwalifikacyjnych wywiadów pielęgniarskich | Liczba osób poddanych testom ELISA | Liczba osób z wynikiem dodatnim | Liczba wykonanych wizyt lekarskich | Liczba osób które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania | Liczba osób które zostały wykluczone z programu w wyniku stwierdzenia występowania rumienia wędrującego |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

....., dnia .....

.....

*(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)*