

Miejsce na logo Realizatora

*Załącznik nr 3 do umowy*

**RAPORT Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

dotyczący programu polityki zdrowotnej pn.

**„****Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+,
zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027”**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRESAT SPRAWOZDANIA – ORGANIZATOR PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ** | **Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych** **Urząd Miasta Poznania****ul. 3 Maja 46, 61-728 Poznań****tel. 61 878 56 32****e-mail: wziss@um.poznan.pl** |
| **DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ SPORZĄDZAJĄCEGO SPRAWOZDANIE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAPORT** | **ZA OKRES OD… DO…** |
| **KWARTALNY** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE LICZBOWE Z UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ** | **50-59 lat** | **60-69 lat** | **powyżej 70**  | **Razem:** |
| **CZĘŚĆ A** |  |  |  |  |
| 1 | Liczba kobiet zgłoszonych do programu  |  |  |  |  |
| 2 | Liczba kobiet zakwalifikowanych do programu |  |  |  |  |
| 3 | Liczba kobiet, u których stwierdzono przeciwskazania do udziału w programie  |  |  |  |  |
| 4 | Liczba kobiet ponownie zakwalifikowanych do udziału w programie |  |  |  |  |
| 5 | Liczba kobiet rezygnujących z udziału w programie |  |  |  |  |
| 6 | Liczba kobiet, u których wykonano ocenę bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania |  |  |  |  |
| 7 | Liczba kobiet, u których wykonano densytometrię szyjki kości udowej |  |  |  |  |
| **CZĘŚĆ B** |  |  |  |  |
| 8 | Liczba kobiet, u których we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy |  |  |  |  |
| 9 | Liczba kobiet, u których stwierdzono podczas badań kwalifikacyjnych chorobowość z powodu osteoporozy |  |  |  |  |
| 10 | Liczba kobiet, u których wykryto powikłania zdrowotne z powodu zbyt późno zdiagnozowanej osteoporozy |  |  |  |  |
| 11 | Liczba kobiet z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX |  |  |  |  |
| 12 | Liczba kobiet z wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI DOTYCZĄCE ORGANIZOWANIA / REALIZOWANIA INTERWENCJI** |
|  |

 Poznań, dnia………………………………………. ………………………………………………………..

 Podpis i pieczątka Realizatora