

WZÓR

*Załącznik nr 1*

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA ŚWIADCZEŃ**

*Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn.*

*„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”*

|  |  |
| --- | --- |
| **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 SPORZĄDZAJACEGO SPRAWOZDANIE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPRAWOZDANIE**  **(należy wskazać właściwe)** | **ZA OKRES od …. do……** |
| **MIESIĘCZNE** |  |
| **ROCZNE** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE LICZBOWE UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ** | | **Kobiety** | **Mężczyźni** |
| 1 | Liczba osób zgłaszających się do programu polityki zdrowotnej |  |  |
| 2 | Liczba osób zakwalifikowanych do programu polityki zdrowotnej |  |  |
| 3 | Liczba osób niezakwalifikowanych z powodu przeciwskazań indywidualnych |  |  |
| 4 | Liczba osób niezakwalifikowanych z powodu kryterium wieku |  |  |
| 5 | Liczba osób niezakwalifikowanych z powodów formalnych (brak zamieszkiwania lub opodatkowania w Poznaniu) |  |  |
| 6 | Liczba konsultacji lekarskich kwalifikujących do programu polityki zdrowotnej |  |  |
| 7 | Liczba konsultacji psychologicznych/psychoonkologicznych kwalifikujących do programu polityki zdrowotnej |  |  |
| 8 | Liczba przeprowadzonych badań diagnostycznych |  |  |
| 9 | Liczba konsultacji lekarskich kwalifikujących do zabezpieczenia płodności |  |  |
| 10 | Liczba zabiegów pobrania komórek jajowych |  |  |
| 11 | Liczba wykonanych procedur zamrożenia komórek jajowych |  | **X** |
| 12 | Liczba wykonanych procedur zamrożenia nasienia | **X** |  |

Uwagi:………………………………………………………………

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

Podpis i pieczątka Realizatora