

**Umowa  
nr PS.8030.16.2019.MS**

zawarta w dniu ..... 2019 r. w Krośnie pomiędzy:

**Gminą Miasto Krosno**, zwaną dalej „Zleceniodawcą”,

(adres dla doręczeń: 38-400 Krosno, ul. Lwowska 28a), reprezentowaną przez **Zastępcę Prezydenta Miasta Krosna – Bronisława Barana**, przy kontrasygnacie Skarbnika Miasta Krosna – Marcina Połomskiego

a

.....

Umowa zostaje zawarta w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na realizację Programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45- 65 lat na lata 2019-2021”

**§ 1**

1. Zleceniodawca zleca a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji Program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45 - 65 lat na lata 2019-2021”, zwany dalej programem na zasadach określonych w niniejszej umowie oraz zgodnie z Warunkami Konkursu oraz Ogłoszeniem o Konkursie z dnia 30 września 2019 r.
2. W ramach realizacji programu Zleceniobiorca zobowiązuje się w każdym roku tj. 2019, 2020, 2021 do wykonania następujących działań:
  - 1) Przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie, realizowanej za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne).
  - 2) **Przeprowadzenia edukacji zdrowotnej:** cykl wykładów z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 (wykłady z zakresu patogenezy, objawów, czynników ryzyka cukrzycy typu 2, rozwoju powikłań, edukacji żywieniowej oraz aktywności fizycznej dla osób w wieku 45-65 lat itp.) prowadzone przez lekarza diabetologa lub pielęgniarkę diabetologiczną lub/i dietetyka, odbywających się z częstotliwością 2 razy na rok, realizowanych w formie wykładów 90-minutowych. Edukacja zdrowotna będzie odbywać się w wynajętych salach infrastruktury Gminy. Uczestnicy muszą spełniać kryteria włączenia do programu tj. mieścić się w określonej grupie wiekowej oraz być mieszkańcami Krosna. Podczas edukacji zdrowotnej należy przygotować listę obecności uczestników, która następnie ma być przechowywana w dokumentacji Zleceniobiorcy. Oferent jest zobowiązany podać uczestników wykładów badaniu poziomu wiedzy w przedmiotowym zakresie przy zastosowaniu pre – testu przed prelekcją i post – testu po prelekcji, opracowanych przez Zleceniobiorcę. Na koniec każdego roku kalendarzowego realizacji programu należy przedstawić analizę osób, który uzyskały co najmniej dobre wyniki dla post – testów w porównaniu z pre – testami dotyczącymi wiedzy z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2.
  - 3) **Przeprowadzenia badań przesiewowych (Zleceniobiorca w ramach realizacji programu musi pozyskać w 2019 r. – minimum 80 do 100 osób, w 2020 r. – 200 osób i w 2021 r. – 200 osób):**
    - a) Zleceniobiorca realizując program i kwalifikując osoby do badań musi wziąć pod uwagę kryteria włączenia do programu, którymi są wiek: 45 - 65 lat oraz zamieszkiwanie na terenie Krosna.
    - b) Z badań nie mogą korzystać osoby, u których stwierdzono już cukrzycę typu 2, a także osoby, które w ostatnich 3 latach miały wykonywane badania w kierunku cukrzycy.

- c) Zanim zostaną wykonane pacjentowi wskazane badania musi zostać przeprowadzony z daną osobą przez pielęgniarkę wywiad, który ma na celu wypełnienie Karty Badania Profilaktycznego (Załącznik nr 1 do umowy) oraz należy wypełnić kartę uczestnika programu (Załącznik nr 2 do umowy),
- d) Kolejno każdej zakwalifikowanej osobie ma zostać wykonany następujący kompleks badań: pomiar ciśnienia tętniczego, pomiar wzrostu i masy ciała (określenie wskaźnika BMI), pomiar obwodu pasa, oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej, oraz dokonana ocena ryzyka rozwoju cukrzycy (na podstawie skali FINDRISC);
- e) W przypadku zdiagnozowania u pacjenta cukrzycy typu 2 na podstawie dokonanych badań – pielęgniarka po uzupełnieniu Karty Badania Profilaktycznego ustala termin wizyty lekarskiej;
- f) w przypadku nie zdiagnozowania u pacjenta cukrzycy typu 2 – dana osoba kończy udział w programie, wydanie Karty Badania Profilaktycznego;
- 4) **Przeprowadzenie porady lekarskiej** - (na podstawie danych dotyczących rozpowszechnienia cukrzycy typu 2 działania te oszacowano na następującą ilość adresatów końcowych: 2019 – 30 osób, 2020 - 60 osób i 2021 – 60 osób):
  - a) analiza i ewentualna weryfikacja zapisów w Karcie Badania Profilaktycznego,
  - b) omówienie wyników badań i przekazanie wskazań terapeutycznych,
  - c) edukacja pacjenta w trakcie wizyty (obejmująca upowszechnianie wiedzy na temat czynników ryzyka, diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia, kształtowania prawidłowych wzorców zdrowotnych i żywieniowych, konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej, radzenia sobie ze stresem),
  - d) przekazanie pacjentowi zaleceń co do dalszego postępowania, wydanie Karty Badania Profilaktycznego;
  - e) skierowanie osób z nieprawidłową wartością BMI  $\geq 25$  na konsultację z dietetykiem;
  - f) w przypadku prawidłowego wyniku BMI pacjent kończy udział w programie.
- 5) **Realizacja porad dietetycznych** przez wykwalifikowanego dietetyka z częstotliwością 1 raz na kwartał (schemat 0:3:6:9) i obejmujące elementy edukacji żywieniowej w cukrzycy typu 2, prawidłowe stosowanie wymienników, interakcje składników diety z lekami itp. oraz regularne pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu celem monitorowania wskaźników BMI. Ze względu na krótki okres realizacji programu w 2019 roku część porad dietetycznych dla osób z roku 2019, będzie kontynuowana w roku 2020.
- 6) Przekazania na zakończenie udziału w programie ankiet satysfakcji pacjenta, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do umowy, a następnie jednorazowo po zakończeniu realizacji Programu za rok 2019 i 2020 (w terminie do 30 grudnia 2020) oraz za rok 2021 (w terminie do 10 grudnia 2021) przedłożyć analizę wyników ankiet (ilościowe i procentowe odniesienie do wszystkich odpowiedzi).
- 7) **Przygotowania dokumentacji z realizacji Programu**, w tym sporządzanie sprawozdań według wytycznych Zleceniodawcy oraz przygotowanie sprawozdania końcowego:
  - a) sporządzanie sprawozdań (częstkowych), według wzoru stanowiącego Załącznik nr 3 do umowy. Sprawozdania te będą stanowiły podstawę do kwartalnego rozliczania ze Zleceniodawcą wraz z dołączoną fakturą za wykonane działania w programie;
  - b) Zleceniobiorca zobowiązuje się do złożenia sprawozdania rocznego za każdy rok realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sprawozdania końcowego ze zrealizowania programu polityki zdrowotnej. Sprawozdanie roczne Zleceniobiorca zobowiązany jest złożyć w terminie do 30 dni od zakończenia roku kalendarzowego, w którym program polityki zdrowotnej był realizowany, natomiast sprawozdanie końcowe w terminie do 10.01.2022 r., na formularzu stanowiącym załącznik nr 4 do umowy.

- c) analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów;
  - d) analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników;
  - e) ocena efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności w sprawozdaniu rocznym.
3. Zleceniobiorca zobowiązuje się wykonać czynności określone w ust. 3 i 4 po przyjęciu od uczestnika programu oświadczenia o zgodzie na gromadzenie, przetwarzanie, przekazywanie danych osobowych i wprowadzanie ich do systemów informatycznych w zakresie realizacji i rozliczenia programu, a także po przekazaniu uczestnikowi programu klauzuli informacyjnej, zgodnie 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 oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn. zm.).”

## § 2

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej dotyczącej realizowanego zadania, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- 2) realizacji programu z należytą starannością zgodnie ze stanem aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej i poszanowaniem praw pacjenta;
- 3) udokumentowania posiadania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, poprzez przedłożenie jej kopii Zleceniodawcy najpóźniej w dniu zawarcia niniejszej umowy;
- 4) umożliwienia, w każdym czasie, przedstawicielom Zleceniodawcy przeprowadzenia kontroli w zakresie przedmiotu umowy, po wcześniejszym wydaniu zgody kontrolującym na przetwarzanie danych osobowych osób biorących udział w programie – na potrzeby związane z jego realizacją i rozliczeniem;
- 5) udzielania na żądanie Zleceniodawcy pisemnych informacji o przebiegu oraz zaawansowaniu wykonania zadania;
- 6) dostarczania wzorów dokumentów przekazywanych uczestnikom bądź też treści informacji podawanych do wiadomości publicznej celem konsultacji ze Zleceniodawcą;
- 7) przekazania Zleceniodawcy pisemnej informacji o rozpoczęciu realizacji zadania;
- 8) pisemnego powiadomienia Zleceniodawcy o każdym zdarzeniu mającym wpływ na termin lub zakres umowy, do 7 dni od zaistnienia zdarzenia.

## § 3

1. Środki przekazane na realizację programu polityki zdrowotnej przeznaczone będą wyłącznie na finansowanie świadczeń objętych umową oraz wszelkich czynności i działań, niezbędnych do ich wykonania.
2. Zleceniobiorca nie może pobierać od Uczestników jakichkolwiek opłat za udział w programie polityki zdrowotnej. Wszelkie świadczenia udzielane Uczestnikowi wykraczające poza program polityki zdrowotnej nie będą finansowane przez Zleceniodawcę.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do informowania w wydawanych przez siebie materiałach oraz podczas wykonywania świadczeń, w tym w miejscu ich realizacji o finansowaniu programu przez Gminę Miasto Krosno.

4. Zleceniobiorca, poza czynnościami wskazanymi w ofercie, nie jest uprawniony do powierzenia wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom, chyba że część zadań zostanie zlecona podwykonawcom, o których Zleceniobiorca poinformował w złożonej na konkurs ofercie. Zleceniobiorca za działania lub zaniechania działań przez wskazanego przez siebie podwykonawcę ponosi pełną odpowiedzialność w zakresie wykonania przedmiotu umowy.

#### § 4

Zleceniobiorca oświadcza, że:

- 1) osoby wykonujące świadczenia zdrowotne w ramach niniejszej umowy posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz, że osoby te udzielają świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- 2) sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu będzie zgodny ze złożoną ofertą stanowiącą integralną część umowy.

#### § 5

1. Zleceniobiorca wyznacza Panią/Pana ..... jako osobę koordynującą sprawy związane z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Osobą wyznaczoną do koordynacji spraw związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy ze strony Zleceniodawcy jest Pani Monika Szymbara – pracownik Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia Urzędu Miasta Krosna.

#### § 6

1. Za wykonanie świadczeń zdrowotnych określonych w § 1 Zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie w wysokości:
  - a) iloczynu liczby przeprowadzonych spotkań wchodzących w skład edukacji zdrowotnej, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 2) i wartości jednostkowej za przeprowadzenie jednego spotkania tj. .... złotych za jedno spotkanie brutto (słownie: .... złotych),
  - b) iloczynu liczby osób, którym wykonano badania określone w § 1 ust. 2 pkt 3) i wartości jednostkowej za wykonanie w/w badania tj. .... złotych dla 1 osoby brutto (słownie: .... złotych),
  - c) iloczynu liczby osób, które skorzystały z porady lekarskiej określonej w § 1 ust. 2 pkt 4) i wartości jednostkowej za wykonaną poradę lekarską tj. .... złotych dla 1 osoby brutto (słownie: .... złotych),
  - d) iloczynu liczby osób, które odbyły cykl porad dietetycznych określone w § 1 ust. 2 pkt 5) i wartości jednostkowej za wykonany cykl porad dietetycznych tj. .... złotych dla 1 osoby brutto (słownie: .... złotych),
2. Zleceniodawca na realizację programu polityki zdrowotnej określonego w § 1 ust. 1 planuje przeznaczyć kwotę około 69 000 zł brutto, w tym:
  - a) w 2019 roku w wysokości: 15 000 PLN (słownie: piętnastu tysięcy złotych PLN).
  - b) w 2020 roku w wysokości: 27 000 PLN (słownie: dwadzieścia siedem tysięcy złotych PLN).
  - c) w 2021 roku w wysokości: 27 000 PLN (słownie: dwadzieścia siedem tysięcy złotych PLN).
3. Całkowity koszt zaplanowany przez Zleceniodawcę na realizację programu polityki zdrowotnej może ulec zmniejszeniu w przypadku uczestnictwa w tym programie mniejszej niż zaplanowana liczby Uczestników lub zwiększeniu w zależności od ilości osób biorących udział w poszczególnych etapach programu.
4. Zapłata wynagrodzenia za czynności wykonane w 2019 roku nastąpi do 10 dni od wpłynięcia prawidłowo wystawionej faktury wraz ze sprawozdaniem cząstkowym. Faktura musi być złożona w terminie do 15 grudnia 2019 roku.
5. Zapłata wynagrodzenia w latach 2020 i 2021 następować będzie w okresach kwartalnych, na podstawie przedstawionej przez Zleceniobiorcę faktury (do 15 dni po zakończeniu kwartału), potwierdzającej zrealizowanie poszczególnych działań określonych w umowie

wraz z częściowym sprawozdaniem, według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do umowy.

6. Płatność zostanie uregulowana w terminie 14 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury na rachunek bankowy nr ....., prowadzony w ..... i po uprzedniej weryfikacji dokumentów, o których mowa w ust. 3.
7. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia wyodrębnionej dokumentacji finansowo – księgowej środków otrzymanych na realizację zadania zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2019 r. poz. 351 z późn. zm.) w sposób umożliwiający identyfikację poszczególnych operacji księgowych.
8. Zleceniodawca zastrzega sobie możliwość weryfikacji danych źródłowych będących podstawą do sporządzenia dokumentów określonych w ust. 3 i przekazania środków finansowych określonych w ust. 1 lit. od a) do c) do wysokości zweryfikowanych kwot.

#### § 7

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do poddania się kontroli przeprowadzanej przez osoby upoważnione przez Zleceniodawcę zamówienia, a dotyczącej:
  - 1) sposobu korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, dostępności świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
  - 2) stosowania procedur diagnostycznych i profilaktycznych pod względem obowiązujących standardów,
  - 3) liczby i rodzaju udzielanych świadczeń,
  - 4) dokonywania specyfikacji kosztów udzielanych świadczeń i należności za ich wykonanie.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zleceniodawcy podczas i w związku z przeprowadzaną kontrolą.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do wykonania zaleceń pokontrolnych w wyznaczonych terminach.
4. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzone tylko przez osoby, upoważnione przez Zleceniodawcę.

#### § 8

1. Umowa zawarta została na czas określony, tj. od dnia ..... 2019 r. do dnia 10 grudnia 2021 r.
2. Termin wykonania zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 ustala się na dzień:
  - 1) rozpoczęcie zadania – od dnia przedłożenia harmonogramu realizacji Programu,
  - 2) zakończenie realizacji zadania – do dnia 10 grudnia 2021 r.
3. W terminie do 3 dni od dnia podpisania umowy Zleceniobiorca przedstawi do zaakceptowania Zleceniodawcy harmonogram realizacji Programu.

#### § 9

Oprócz wypadków wymienionych w treści tytułu XV Kodeksu cywilnego stronom przysługuje prawo odstąpienia od umowy:

1. Zleceniobiorcy w przypadku gdy Zleceniodawca zawiadomi Zleceniobiorcę, iż nie będzie w stanie realizować swoich obowiązków wynikających z umowy. Odstąpienie od umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie do dnia określonego w § 8 ust. 2 pkt 2).
2. Zleceniodawcy w przypadku gdy:
  - 1) Zleceniobiorca bez uzasadnionych przyczyn nie rozpoczął realizacji przedmiotu umowy w terminie 7 dni, licząc od dnia podpisania umowy. Odstąpienie od umowy w tym przypadku może nastąpić w terminie do 30 dni od dnia podpisania umowy,

- 2) w razie zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że wykonanie umowy nie leży w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy lub dalsze wykonywanie umowy może zagrozić istotnemu interesowi bezpieczeństwa państwa lub bezpieczeństwu publicznemu. Odstąpienie od umowy w tym wypadku może nastąpić w terminie do 30 dni od dnia powzięcia wiadomości o tych okolicznościach, a Zleceniobiorca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy,
  - 3) Zleceniobiorca bez uzasadnionych przyczyn przerwał realizację umowy.
  - 4) Zleceniobiorca realizuje umowę niezgodnie z Programem o którym mowa w § 1 ust. 1, ogłoszeniem i warunkami konkursu lub nienależycie wykonuje swoje inne zobowiązania wynikające z umowy.
3. W przypadku odstąpienia od umowy z przyczyn określonych w ust. 1 lub ust. 2 Zleceniobiorca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
  4. Odstąpienie od umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno zawierać uzasadnienie. Za doręczenie informacji o rozwiązaniu umowy, uznaje się również przesyłkę poleconą wysłaną na adres Zleceniobiorcy, dwukrotnie awizowaną.
  5. Strony oświadczają iż pomimo odstąpienia od umowy wiążą je postanowienia dotyczące kar umownych w odniesieniu do zrealizowanego zakresu umowy.

#### § 10

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.
2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego łamania przez Zleceniobiorcę przepisów prawa lub narażenia w trakcie wykonywania przedmiotu umowy uczestników Programu na utratę zdrowia lub życia.
3. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn określonych w ust. 1 lub ust. 2 Zleceniobiorca może żądać wyłącznie wynagrodzenia należnego mu z tytułu wykonania części umowy.
4. Rozwiązanie umowy w przypadku, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 2 następuje z dniem doręczenia Zleceniobiorcy stosownej informacji na piśmie. Za doręczenie informacji o rozwiązaniu umowy, uznaje się również przesyłkę poleconą wysłaną na adres Zleceniobiorcy, dwukrotnie awizowaną.

#### § 11

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się do zapłaty Zleceniodawcy kar umownych w następujących przypadkach i wysokościach:
  - 1) opóźnienia w ustalonym przez strony umowy terminie rozpoczęcia realizacji zadania w wysokości 0,5% wynagrodzenia umownego określonego w §6 ust. 2 za każdy dzień opóźnienia,
  - 2) opóźnienia w realizacji przedmiotu umowy, zgodnie z terminem określonym w § 8 ust. 2 pkt 2) w wysokości 0,5% wynagrodzenia umownego określonego w §6 ust. 2 za każdy dzień opóźnienia,
  - 3) odstąpienia lub rozwiązania umowy z przyczyn zależnych od Zleceniobiorcy w wysokości 20% wynagrodzenia umownego określonego w §6 ust. 2.
2. Jeżeli zastrzeżone kary umowne nie pokryją poniesionej szkody to Zleceniodawca może dochodzić odszkodowania uzupełniającego na zasadach ogólnych określonych w Kodeksie cywilnym.

#### § 12

Zmiany w niniejszej umowie wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 13**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową obowiązywać będą postanowienia Kodeksu cywilnego.

**§ 14**

Wszelkie spory zaistniałe w związku z realizacją niniejszej umowy rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla Zleceniodawcy.

**§ 15**

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego dwa egzemplarze dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.

**ZLECENIODAWCA**

**ZLECENIOBIORCA**

**SPRAWDZONO**  
pod względem  
formalno-prawnym

Teresa Rygiel  
RADCA PRAWNY  
AZK-356

NACZELNIK  
Wydziału Polityki Społecznej  
i Adwokackiego  
Julieta Jaśkiewicz

## Karta badania profilaktycznego

„Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45 – 65 lat na lata 2019 – 2021”

### Część 1. (wypełnia pielęgniarka):

Nazwisko: .....

Imię .....

tel. kont. ....

PESEL .....

Miejscowość .....

Ulica .....Nr lokalu .....Nr mieszk. ....

### Obciążenia rodzinne:

1. Czy u Pana/Pani ojca rozpoznano? - cukrzycę typu 2 ....., jeśli tak - to w jakim wieku .....

2. Czy u Pana/Pani matki rozpoznano? - cukrzycę typu 2 ....., jeśli tak - to w jakim wieku .....

3. Ile razy w tygodniu Pan/Pani wykonuje ćwiczenia fizyczne trwające powyżej 30 minut?

1) ..... razy,

2) nie wykonuję ćwiczeń fizycznych .....

.....  
Data, pieczętka i podpis pielęgniarki

### Część 2. (wypełnia pielęgniarka):

#### Wyniki badania fizykalnego:

Obwód: pas ..... cm

Waga: ..... kg

Wzrost: ..... cm

Wynik oceny BMI: .....

#### Pomiary ciśnienia tętniczego:

1) skurczowe: a) ..... b) ..... c) ..... d) ..... średnia (b+d)/2 .....

2) rozkurczowe: a) ..... b) ..... c) ..... d) ..... średnia (b+d)/2 .....

3) tętno (30s x 2) a) ..... b) ..... c) ..... d) .....



**Wyniki badań biochemicznych:**

glukoza na czczo (w osoczu krwi żyłnej) ..... mg/dl

**Ocena ryzyka chorób układu krążenia:**

Ryzyko rozwoju cukrzycy wg algorytmu FINDRISC: .....

Niniejszym zaświadczam, że:

u Pana/i ..... rozpoznano/nie rozpoznano\* cukrzycy typu 2.

Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\* pacjenta do udziału w „Programie profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021”

Termin wizyty lekarskiej ustaląm na dzień .....

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

(miejsowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis pielęgniarki)

Załącznik Nr 2 do umowy zawartej  
w dniu .... października 2019 r.  
pomiędzy Gminą Miasto Krosno  
a .....

**Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla  
mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021”**

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Miejsce zamieszkania
Imię		.....
Nr PESEL		.....

II. Zgoda na badania antropometryczne i wypełnienie ankiety kwalifikującej

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu profilaktyki cukrzycy typu 2. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na planowane działania w programie.

.....  
(data i podpis pacjenta)



.....  
pieczęćka podmiotu leczniczego

Załącznik Nr 3  
do umowy zawartej w dniu .... października 2019 r.  
pomiędzy Gminą Miasto Krosno  
a .....

### Sprawozdanie cząstkowe

z realizacji „Programu profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45 - 65 lat na lata 2019-2021” za okres od.....do.....

Liczba osób, które zgłosiły się do programu i wzięły w nim udział	Liczba osób, które nie ukończyły pełnego cyklu działań	Liczba osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej	Liczba osób, którym wykonano badania przesiewowe	Liczba udzielonych porad lekarskich	Liczba udzielonych porad dietetycznych	Procent uczestników, którzy zrezygnowali z udziału w programie	Procent uczestników, którzy ukończyli program

.....

(pieczęć i podpis osoby  
działającej w imieniu sprawozdawcy)

\* niewłaściwe skreślić

**Sprawozdanie coroczne/końcowe\* realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021”**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu za okres sprawozdawczy od ..... do .....	Adresat: Urząd Miasta Krosno
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów)	Liczba uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej	Liczba wykonanych badań antropometrycznych	Liczba osób z BMI>25	Liczba osób z rozpoznaną cukrzycą	
Liczba osób ze zdiagnozowaną nadwagą	Liczba osób ze zdiagnozowaną otyłością	Liczba osób, które uzyskały poprawę wskaźnika BMI	Odsetek osób, u których zanotowano poprawę glikemii	Odsetek uczestników u których zanotowano 3% spadku masy ciała	Odsetek uczestników u których zanotowano 5% spadku masy ciała

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

(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

\* niewłaściwe skreślić



**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021”**

**I. Ocena rejestracji**

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

**II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie badań przesiewowych**

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					
rzetelność udzielania porad pielęgniarskich?					

**III. Ocena diety w trakcie porad dietetycznych**

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

**IV. Ocena porad lekarskich**

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość lekarza?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

**IV. Ocena warunków panujących w przychodni**

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

**V. Dodatkowe uwagi/opinie**

