

Szczegółowe warunki konkursu ofert
i materiały informacyjne o przedmiocie konkursu **Załącznik nr1**
do Uchwały Nr55/2015 Zarządu Powiatu
z dnia 20lipca 2015r.

STAROSTA LIPNOWSKI

OGŁASZA KONKURS OFERT

Na realizację badań i profilaktyki wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego i raka płuc oraz chorób układu krążenia dla mieszkańców Powiatu Lipnowskiego zgodnie z programem pn. „Program polityki zdrowotnej Powiatu Lipnowskiego na lata 2015/2019”.

1. Przedmiot programu

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego i raka płuc oraz chorób układu krążenia. Świadczeniodawcy (oferenci) przystępujący do postępowania muszą spełniać kryteria i wymagania określone w niniejszym materiale.

Podmiot wnioskujący o przyznanie realizacji programu musi przedstawić ofertę zgodną z zasadami uczciwej konkurencji.

2. Adresaci programu

Grupa scriningowa – mieszkańcy Powiatu Lipnowskiego, którzy zostaną objęci badaniami w kierunku choroby **nowotworowej jelita grubego** w wieku **45 - 70** niezależnie od wywiadu rodzinnego i młodsi powyżej **25** roku życia należący do grupy podwyższonego ryzyka tj. mający krewnego I stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego (rodzinny rak jelita grubego nie związany z polipowatością). Będą mieli wykonaną – kolonoskopię ze znieczuleniem **(w tym kolonoskopia zabiegowa)**.

Program w kierunku **raka płuc** skierowany jest do kobiet i mężczyzn Powiatu Lipnowskiego w wieku **50 - 70** roku życia, które do tej pory nie zostały zdiagnozowane pod kątem raka płuc. Badaniem diagnostycznym jest **niskodawkowa tomografia komputerowa** oraz badania krwi – OB i morfologia.

Natomiast programem w kierunku chorób **układu krążenia** zostaną objęci kobiety i mężczyźni również Powiatu Lipnowskiego pomiędzy **40 - 65** rokiem życia, które do tej pory nie zostały zdiagnozowane pod kątem chorób układu

krażenia (w wywiadzie długoletni okres palenia papierosów, otyłość). Badania diagnostyczne w chorobach układu krążenia to: badania krwi (poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).

Wielkość populacji objętej programem – minimum **1500** osób przeankietowanych i wyłonionych do badań w kierunku choroby nowotworowej jelita grubego i raka płuc oraz **1000** w kierunku chorób układu krążenia.

Pacjenci zgłaszają się do programu bez skierowania. Zaproszenie pacjentów do uczestnictwa w programie nastąpi poprzez organizowanie spotkań z Burmistrzami, Wójtami i Sołtysami Powiatu Lipnowskiego. Przekazanie obwieszczeń do: miast i gmin Powiatu, zakładów pracy, sołectw. Informacja na stronie internetowej Starostwa Powiatowego oraz informacja w lokalnych mediach i prasie.

3. Cel programu

Jest poprawa stanu zdrowia mieszkańców Powiatu Lipnowskiego oraz zapobieganie lub zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia. Jak również zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na nowotwór jelita grubego i raka płuc oraz choroby układu krążenia poprzez przeprowadzenie promocji i edukacji zdrowotnej różnych środowisk, aktywizowanie do działań na rzecz zdrowia oraz wykonanie badań:

Dalekosiężnym celem tego programu jest obniżenie umieralności na najczęstsze nowotwory złośliwe oraz na choroby układu krążenia. Można uzyskać go, realizując cele pośrednie, czyli podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej społeczeństwa poprzez:

- zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości mieszkańców Powiatu Lipnowskiego w zakresie zachorowań na nowotwory jelita grubego i płuc oraz choroby układu krążenia,
- wytworzenie prawidłowych nawyków zdrowotnych,
- umiejętność dostrzegania niepokojących objawów,
- posiadanie wiedzy, gdzie można wykonać badania przesiewowe i gdzie należy udać się w celu diagnostyki,
- zminimalizowanie lęku przed rakiem i chorobami układu krążenia pokazanie możliwości wczesnej diagnostyki i skuteczności leczenia,

- popularyzowanie wśród mieszkańców Powiatu Lipnowskiego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób nowotworowych i układu krążenia.

W konsekwencji realizacja działań określonych wskazanymi celami przyczyni się do ograniczenia występowania najpoważniejszych problemów zdrowotnych oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia mieszkańców a tym samym wpłynie na zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia Powiatu Lipnowskiego.

4. Kwalifikacje wymagane od realizatorów programu

Do konkursu mogą przystąpić podmioty wykonujące działalność leczniczą, określone w art. 4 ust.1 oraz art. 5 i art.114 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z póź. zm.).

Zatrudniający lekarzy ze specjalizacją co najmniej I stopnia z: chorób wewnętrznych, pulmonologii, anestezjologii, chirurgii, lub innej zgodnej z zakresem programu, w tym co najmniej 1 lekarz oraz personel pielęgniarski z kwalifikacjami do prowadzenia badań endoskopowych. Personel do obsługi organizacyjnej programu – rejestrację pacjentów, prowadzenia bazy danych, sprawozdań.

Wyposażenie w aparaturę medyczną **Świadczeniodawca** (oferent) dołącza do oferty potwierdzone kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i uprawnienia osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych.

- kolonoskop,
- Tomograf komputerowy,
- EKG, Holter,
- Możliwość wykonania badania krwi; OB, morfologii, poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy),
- system komputerowy z drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych.

5. Harmonogram realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2015 /2019.

Świadczeniodawca (oferent) przedstawia szczegółowy opis realizacji programu profilaktyki nowotworów jelita grubego i raka płuc oraz chorób układu krążenia wraz z harmonogramem działań zaplanowanych przez świadczeniodawcę (oferenta) do realizacji w ramach ww. programu.

L.P.	NAZWA ZADANIA	ROK	ILOŚĆ PRZEBADANYCH OSÓB
1	Badanie w kierunku nowotworu jelita grubego – kolonoskopia diagnostyczna ze znieczuleniem (w tym kolonoskopia zabiegowa)	2015	Wykonać u nie mniej niż 77 osób - kolonoskopię diagnostyczną i nie mniej niż 10 kolonoskopii zabiegowej
2	Badanie w kierunku nowotworu płuc– niskodawkowa tomografia komputerowa, OB, morfologia krwi		Wykonać badania u nie mniej niż 145 osób
1	Badanie w kierunku nowotworu jelita grubego – kolonoskopia ze znieczuleniem (w tym kolonoskopia zabiegowa)	2016	Wykonać u nie mniej niż 133 osób - kolonoskopię diagnostyczną i nie mniej niż 18 kolonoskopii zabiegowej
2	Badanie w kierunku nowotworu płuc– niskodawkowa tomografia komputerowa, OB, morfologia krwi		Wykonać badania u nie mniej niż 59 osób
1	Badanie w kierunku nowotworu jelita grubego – kolonoskopia ze znieczuleniem (w tym kolonoskopia zabiegowa)	2017	Wykonać u nie mniej niż 59 osób - kolonoskopię diagnostyczną i nie mniej niż 7 kolonoskopii zabiegowej
2	Badanie w kierunku nowotworu płuc– niskodawkowa tomografia komputerowa, OB, morfologia krwi		Wykonać badania u nie mniej niż 57 osób

3	Choroby układu krążenia (poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).		Wykonać badania u nie mniej niż 100 osób
1	Choroby układu krążenia (poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).	2018	Wykonać badania u nie mniej niż 263 osoby
1	Choroby układu krążenia (poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).	2019	Wykonać badania u nie mniej niż 263 osoby

Realizator programu przewidział na wykonanie powyższych badań w latach 2015/2019 nie więcej niż **347 500,00zł**.

6. Świadczenia przewidziane w programie

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki nowotworów jelita grubego obejmuje:

- wykonanie kolonoskopii ze znieczuleniem – (w tym ewentualne usunięcie zmian przedrakowych lub pobranie wycinków tzw. kolonoskopia zabiegowa).

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki raka płuc:

- badań **tomografu klatki** piersiowej i wykonanie badań krwi OB, morfologia.

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia obejmuje:

- badania krwi (poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy), pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu).

W zakresie w/w świadczeń należy:

- Przeprowadzenie wywiadu (wywiad – ankieta według wzoru określonego w załącznikach 2,3,4 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- Sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań - zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- decyzja dotycząca dalszego postępowania z pacjentem w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie, załączniki 5,6,7.
- skierowanie pacjentów z nieprawidłowym wynikiem do odpowiedniej placówki diagnostycznej w celu dalszej diagnostyki i/lub leczenia,
- prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu w formie papierowej i elektronicznej (według wzoru określonego w załącznikach nr 8,9,10 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- zgłaszanie wykrytego nowotworu jelita grubego do regionalnego rejestru nowotworów.
- przeprowadzenie końcowej anonimowej ankiety (załączniki 11,12,13).

7. Sposób finansowania świadczeń

Podmiot wyłoniony w drodze postępowania konkursowego na koniec każdego miesiąca sporządza listę (załącznik 14) zankietowanych i przebadanych pacjentów wraz z fakturą obciążającą Powiat Lipnowski przekazuje do koordynatora programu – pracownika Starostwa Powiatowego w Lipnie.

Podmiot wyłoniony na koniec każdego roku kalendarzowego w czasie realizacji programu na dzień 31 grudnia wykona sprawozdanie dotyczące ilości wykonanych badań, ich efektywności, wydatkowanych środków, które przekaże niezwłocznie do koordynatora programu - pracownika Starostwa Powiatowego w Lipnie.

8. Monitorowanie i ewaluacja

Ewaluacja realizacji programu:

- liczba osób, które zgłosiły się do programu.

Efekty badań:

- liczba wykonanych badań,

- liczba osób z prawidłowym wynikiem badania,
- liczba osób wymagających dalszych procedur diagnostycznych.

Kluczowym elementem ewaluacji będą wyniki anonimowej ankiety dotyczącej poziomu zadowolenia uczestnictwa w poszczególnych Programach. Ankieta będzie przekazana uczestnikom programu na ostatnim etapie uczestnictwa.

9. Miejsce oraz termin składania i otwarcia ofert.

Oferty należy składać w siedzibie Zamawiającego w Starostwie Powiatowym w Lipnie
ul. Sierakowskiego 10 B , 87-600 Lipno w sekretariacie, pokój nr 28 /II piętro/
do dnia do godz.

Oferta powinna być sporządzona w języku polskim na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia.

WICESTAROSTA


Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU


Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU


Mieczysław Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU


Jan Kołaczyński

ANKIETA

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania nowotworu jelita grubego

Imię, Nazwiskopłeć data urodz

PESEL:..... wzrost(cm)..... waga (kg).....

Adres: (miejsce zam.)..... kod pocztowy.....

ulica nr domu nr mieszkania.....

telefon:

Wykształcenie.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopii w ramach „Powiatowego programu badań, promocji i profilaktyki na lata 2015/2019” a tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- obecność krwi w stolcu

(jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz)

TAK NIE

- bez powodu biegunka lub zaparcia w ostatnich kilku miesiącach

TAK NIE

- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana

TAK NIE

- czy miał(a) Pan(i) wykonana pełna kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat:

TAK NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp. Lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

- **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:** TAK NIE

Serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp.,
jeśli TAK, proszę wymienić:

.....

- **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** TAK NIE

Jeśli TAK, typ....., od ilu lat.....
Czy stosuje Pan(i) insulinę

TAK NIE

- **Czy pali Pan(i) papierosy;** TAK NIE

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie

- **Czy w przeszłości palil(a) Pan(i) papierosy:** TAK NIE

Jeśli TAK, ile lat, ile sztuk dziennieod ilu lat nie pali

- **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmowała Pan(i) przewlekle**

(co najmniej 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Polopiryne)

TAK NIE NIE WIEM

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul,

Helicid, Omar, Gasec, Ortanol)

TAK NIE NIE WIEM

U kobiet: Czy (stosowała) pani hormonalna terapię zastępczą? TAK (ile lat....). NIE

Przebyte operacje brzuszne

Uwagi:.....

Ankieta kierowana do weryfikacji przez lekarza.

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kłaczynski

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski

ANKIETA

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka płuc

Imię, Nazwiskopłeć data urodz

PESEL:..... wzrost(cm)..... waga (kg).....

Adres: (miejsce zam.)..... kod pocztowy.....

ulica nr domu nr mieszkania.....

telefon:

Wykształcenie.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie TK lub/i bronchoskopii w ramach „Powiatowego programu badań, promocji i profilaktyki na lata 2015/2019” a tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Przewlekły, trudny do wytłumaczenia kaszel | TAK | NIE |
| • Krwioplucie | TAK | NIE |
| • ból kości | TAK | NIE |
| • Duszność | TAK | NIE |
| • Bolesność w obrębie klatki piersiowej | TAK | NIE |
| • Chrypa | TAK | NIE |
| • Spadek masy ciała | TAK | NIE |
| • Pałeczkowatość lub obrzęk palców u rąk i nóg | TAK | NIE |

Czy miał(a) Pan(i) wykonaną TK lub/i bronchoskopię w ciągu ostatnich 5 lat:

TAK NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór płuc?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

Czy pali Pan(i) papierosy;

TAK NIE

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie

Czy w przeszłości palil(a) Pan(i) papierosy:

TAK NIE

Jeśli TAK, ile lat, .ile sztuk dziennieod ilu lat nie pali

Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:

TAK NIE

Serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp.,
jeśli TAK, proszę wymienić:

.....

Uwagi:.....

Ankieta kierowana do weryfikacji przez lekarza.

WICESTAROSTA

Anna Smużewska
Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski
Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński
Jan Kołaczyński

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski
Mieczysław Kwiatkowski

ANKIETA

**Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania
chorób układu krążenia**

Imię, Nazwiskopłeć data urodz

PESEL:.....

Adres: (miejsce zam.)..... kod pocztowy.....

ulica nr domu nr mieszkania.....

telefon:

Wykształcenie.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badań w kierunku choroby układu krążenia w ramach „Powiatowego programu badań, promocji i profilaktyki na lata 2015/2019” a tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

1. Waga.....

2. Wzrost.....

3. Czy u ojca rozpoznano?: (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u ojca wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 55 r. ż.)

zawał serca - jeśli tak - to w jakim wieku.....

udar mózgu - jeśli tak - to w jakim wieku.....

4. Czy u matki rozpoznano?: (obciążenie rodzinne dodatnie, gdy u matki wystąpił zawał serca i/lub udar mózgu przed 60 r. ż.)

- zawał serca - jeśli tak - to w jakim wieku.....
- udar mózgu - jeśli tak - to w jakim wieku.....

5. Proszę zaznaczyć stwierdzenia, które są prawdziwe w Pani/Pana przypadku (może być kilka):

Możesz udzielić wielu odpowiedzi

- czy zdarza się, że mam podwyższone ciśnienie tętnicze krwi
- mam nieprawidłowe stężenie cholesterolu we krwi
- palę papierosy
- w mojej rodzinie są osoby, które chorują lub chorowały na choroby serca lub choroby układu krążenia
- mam nadmierną masę ciała
- nieprawidłowo się odżywiam
- żadne z powyższych

6. Czy lekarz rodzinny informował Panią/Pana o możliwości uczestnictwa w programie profilaktycznym, dotyczącym chorób układu krążenia?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

7. Czy ma Pani/Pan założoną Kartę Badania Profilaktycznego u swojego lekarza rodzinnego?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

8. Czy podczas wizyt u lekarza rodzinnego bada się Pani/Pana ciśnienie tętnicze krwi?

- Tak często
- Tak, ale zbyt rzadko
- Nie nigdy

9. Czy w ciągu ostatniego roku lekarz rodzinny skierował Panią/Pana na biochemiczne badania krwi (poziom cholesterolu)?

- Tak
- Nie
- Nie pamiętam

10. Czy lekarz lub pielęgniarka rodzinni edukują Panią/Pana na temat profilaktyki chorób układu krążenia?

- Tak, mam wszelkie niezbędne informacje
- Tak, lecz informacje są niepełne lub zbyt ogólne
- Nie, czerpię wiedzę z innych źródeł
- Nie posiadam informacji na ten temat

11. Proszę wskazać, które z poniższych informacji są Pani/Panu przekazywane w ramach edukacji profilaktycznej u lekarza rodzinnego:

Możesz udzielić wielu odpowiedzi

- prawidłowe odżywianie
- odpowiednia aktywność fizyczna
- sposoby minimalizowania stresu
- szkodliwość palenia tytoniu
- szkodliwość nadużywania alkoholu
- żadne z powyższych

Uwagi:.....

Ankieta kierowana do weryfikacji przez lekarza.

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kołaczyński

CZŁONEK ZARZĄDU

Mieczysław Kwiatkowski

(pieczęć firmowa świadczeniodawcy)

**Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania
nowotworu jelita grubego**

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Nazwisko i imię

Adres:

Pesel:

1. Wynik badania kolonoskopowego:

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

2. Wniosek :

- pacjent bez podejrzeń nowotworowych
- pacjent do obserwacji i badań kontrolnych za (rok / lata)
- pacjent z podejrzeniem nowotworu, zalecono rozszerzenie diagnostyki

3. Zalecenia lekarskie:

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

Lipno, dniar.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

WICESTAROSTA

Anna Smużewska
Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU CZŁONEK ZARZĄDU CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski Jan Kołaczyński Mieczysław Kwiatkowski
Karol Kwiatkowski Jan Kołaczyński Mieczysław Kwiatkowski

Załącznik nr 6
do uchwały nr 55 /2015
Zarządu Powiatu w Lipnie
z dnia 20 lipca 2015 r.

(pieczęć firmowa świadczeniodawcy)

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania
raka płuc

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Nazwisko i imię

Adres:

Pesel:

1. Wynik badania TK:

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

2. Wynik badania OB, morfologii:

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

3. Wniosek :

- pacjent bez podejrzeń nowotworowych
- pacjent do obserwacji i badań kontrolnych za (rok / lata)
- pacjent z podejrzeniem nowotworu, zalecono rozszerzenie diagnostyki

5. Zalecenia lekarskie:

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

Lipno, dniar.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

WICESTAROSTA

Anna Smużewska
Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDKU

Karol Kwiatkowski
Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDKU

Mieczysław Kwiatkowski
Mieczysław Kwiatkowski

Załącznik nr 7
do uchwały nr 55/2015
Zarządu Powiatu w Lipnie
z dnia 20 lipca 2015 r.

.....
(pieczęć firmowa świadczeniodawcy)

**Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania
chorób układu krążenia**

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Nazwisko i imię

Adres:

Pesel:

- 1. Wynik badania: pomiar ciśnienia krwi, EKG, Holter i BMI (współczynnika masy ciała i wzrostu)

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

- 2. Wynik badania poziom cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, glukozy

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

3. Wniosek :

- pacjent bez podejrzeń chorób układu krążenia
- pacjent do obserwacji i badań kontrolnych za (rok / lata)
- pacjent z podejrzeniem chorób układu krążenia, zalecono rozszerzenie diagnostyki

5. Zalecenia lekarskie:

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

Lipno, dniar.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

WICESTAROSTA

Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU

Karol Kwiatkowski

CZŁONEK ZARZĄDU

Jan Kłaczynski

CZŁONEK ZARZĄDU

Mirosław Kwiatkowski

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka płuc – szczegółowe materiały informacyjne

Załącznik nr 9...
do uchwały nr 55/2015
Zarządu Powiatu w Lipnie z dnia 20 lipca 2015 r.

Rejestr osób objętych programem profilaktyki raka płuc

Lp	Dane pacjenta nazwisko i imię / adres zamieszkania / numer PESEL/numer telefonu	Informacja nt. świadczeń zrealizowanych w ramach programu profilaktycznego		Przynależność pacjenta do POZ	Uwagi i zalecenia			
		ETAP 1 – tomograf komputerowy	ETAP 2 – badania laboratoryjne (morfologia, OB.					
1.	2.	data badania 3.	podpis wykonawcy	podpis pacjenta 4.	5.	6.	7.	8.
	PESEL:							
	PESEL:							
	PESEL:							
	PESEL:							
	PESEL:							
	PESEL:							
	PESEL:							

...CESTAROSTA

Anna Pawłowska

CZŁONEK ZARZĄDU

CZŁONEK ZARZĄDU

Rejestr osób objętych programem profilaktyki nowotworów jelita grubego

Lp	Dane pacjenta nazwisko i imię / adres zamieszkania / numer PESEL/numer telefonu 2.	Informacja nt. świadczeń zrealizowanych w ramach programu profilaktycznego		Przynależność pacjenta do POZ	Uwagi i zalecenia 8.
		ETAP 1 – kolonoskopia diagnostyczna data badania podpis wykonawcy 3.	ETAP 2 – kolonoskopia zabiegowa data badania podpis wykonawcy 5. podpis pacjenta 6.		
1.				7.	
	PESEL:				
	PESEL:				
	PESEL:				
	PESEL:				
	PESEL:				

WICESTAROSTA

Anna Smużewska
Anna Smużewska

CZŁONEK ZARZĄDU
Jan Kocuzynski
Jan Kocuzynski
CZŁONEK ZARZĄDU
Mieczysław Kwiatkowski
Mieczysław Kwiatkowski

