

WZÓR

Załącznik Nr 1  
do Umowy o realizację programu polityki  
zdrowotnej pn. „Program szczepień  
profilaktycznych przeciwko grypie dla  
mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej  
65. roku życia na lata 2018-2021” w 2018  
r.

**SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE**  
za miesiąc.....2018 r.

Lp.	Imię i nazwisko	Nr Pesel	Adres zamieszkania	Data świadczenia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Wykaz osób, które nie zostały objęte Programem ze wskazaniem przyczyny:

Lp.	Imię Nazwisko	Adres zamieszkania, PESEL	Przyczyna nieobjęcia programem
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania podmiotu leczniczego

WZÓR

**Sprawozdanie roczne z realizacji programu polityki zdrowotnej  
"Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ropczyce  
powyżej 65. roku życia na lata 2018-2021" w 2018 roku**

za okres od ..... do .....2018 r.

- I. Przebieg akcji informacyjnej dotyczącej grypy i jej powikłań oraz zapobiegania zakażeniom wśród mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej 65. roku życia i ocena skuteczności działań

--

- II. Realizacja Programu

Liczba badań/kwalifikacji do szczepienia	Liczba uzyskanych zgód na udział w szczepieniu	Realizacja szczepień		
		Liczba zaszczepionych osób	Liczba osób, które nie zostały objęte programem z przyczyn zdrowotnych (innych niż rezygnacja)	Liczba osób, które w trakcie programu z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie

- III. Wykaz beneficjentów, u których przeprowadzono szczepienie

<b>Lp.</b>	<b>Imię Nazwisko</b>	<b>Adres</b>	<b>PESEL</b>

IV. Wykaz osób, które nie zostały objęte Programem ze wskazaniem przyczyny innej niż rezygnacja z własnej woli (zdrowotne, inne)

<b>Lp.</b>	<b>Imię Nazwisko</b>	<b>Adres, PESEL</b>	<b>Przyczyna nieobjęcia programem</b>

V. Zapadalność na grypę i zachorowania grypopodobne oraz jej powikłania w grupie objętej programem i po za grupą ( przed wprowadzeniem programu i po jego zakończeniu).

--

VI. Charakterystyka działań zrealizowanych w ramach Programu

--

VII. Wyniki monitorowania i ewaluacji Programu (wyniki ankiet satysfakcji)

VIII. Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu oraz podjętych działaniach modyfikujących

UWAGI w zakresie realizacji programu:

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

.....  
podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentowania podmiotu leczniczego