*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 2019 r.

**SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE**

za miesiąc…………………………………….2019 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 2019 roku**

**za okres od …………………… do …………………………..2019 r.**

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

|  |
| --- |
|  |

1. 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 |
|  |  |  |  |  |

1. Wykaz beneficjentów, u których przeprowadzono szczepienie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię Nazwisko** | **Adres** | **PESEL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię Nazwisko** | **Adres, PESEL** | **Przyczyna nieobjęcia programem** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. Charakterystyka działań zrealizowanych w ramach Programu

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

1. 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