

K O N K U R S

NA PRZEPROWADZENIE PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SUTKA / PROSTATY / JELITA GRUBEGO *

OGÓLNE MATERIAŁY INFORMACYJNE

ZAMAWIAJĄCY:

MIASTO PŁOCK

STARY RYNEK 1

09-400 PŁOCK

WARUNKI KONKURSU I MATERIAŁY INFORMACYJNE
O PRZEDMIOCIE KONKURSU
NA REALIZACJĘ PROGRAMU PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW
SUTKA / PROSTATY / JELITA GRUBEGO *

Informacje ogólne:

1. Oferent powinien zapoznać się z całością niniejszego dokumentu.
2. **Wszelkie załączniki muszą być wypełnione przez oferenta bez wyjątku i ściśle w/g warunków i postanowień zawartych w niniejszym dokumencie.**
3. Wszystkie strony oferty muszą być parafowane przez upoważnionego przedstawiciela oferenta i ponumerowane.
4. Każdy oferent może złożyć po jednej ofercie.
5. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty. Zaleca się, aby oferent zdobył wszelkie informacje, które mogą być konieczne do przygotowania oferty i podpisania umowy.

I. Sposób przygotowania oferty:

1. Oferta powinna być sporządzona według wzoru formularzy udostępnionych oferentowi przez Zamawiającego, stanowiących *załączniki nr 1 ÷ nr 7* do niniejszego dokumentu, zgodnie z wytycznymi zawartymi w *Szczegółowych materiałach informacyjnych* do każdego z programów.
2. Oferowane ceny należy podać jako ceny brutto.
3. Oferta musi być sporządzona w języku polskim, napisana na maszynie, komputerze lub nieścieralnym atramentem.
4. **Oferta musi być podpisana przez upoważnionego przedstawiciela oferenta. Upoważnienie do podpisania oferty musi być dołączone do oferty, o ile to nie wynika z innych dokumentów załączonych przez oferenta** (np. z wypisu z Krajowego Rejestru Sądowego, wypisu z Sądu Rejonowego, wyciągu z ewidencji działalności gospodarczej, lub innych przepisów prawa dotyczących rejestracji podmiotów).
5. Załączniki do oferty stanowiące oświadczenia oferenta muszą być również podpisane przez upoważnionego przedstawiciela oferenta.
6. W przypadku dołączenia do oferty jako załącznika kopii jakiegoś dokumentu, powyższa kopia musi być potwierdzona przez organ wydający dokument lub osobę zaufania publicznego (notariusz, adwokat, radca prawny).
7. Wszystkie strony oferty, a także wszystkie miejsca, w których oferent naniósł zmiany, muszą być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
8. Oferent musi zamieścić ofertę w zapieczętowanej kopercie, która :
 - będzie zaadresowana: Urząd Miasta Płocka, 09-400 Płock, Stary Rynek 1,
 - będzie posiadać adnotację: „Oferta na konkurs na realizację programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego *. Nie otwierać przed dniem 30.03.2005r. godz. 14:00”,
 - będzie posiadać nazwę i adres oferenta.
9. Oferent nie może wycofać oferty i wprowadzić w niej zmian po upływie terminu składania ofert.

II. W konkursie mogą wziąć udział następujące podmioty:

1. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie zakładu;
2. osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
3. grupowe praktyki lekarskie prowadzące działalność na zasadach określonych w odrębnych przepisach, osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełniające warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

III. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

1. Oświadczenie oferenta, iż zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do treści ogłoszenia o konkursie i „Warunków konkursu i materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu na realizację programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego**” - *załącznik nr 1* do niniejszego dokumentu.
2. Dane oferenta (adres, telefon/fax, NIP, Regon, numer konta z nazwą banku), wskazanie koordynatora programu, telefon kontaktowy - *załącznik nr 2* do niniejszego dokumentu.
3. Aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami)* **lub** zezwolenie oraz wypis z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich/ indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich / grupowych praktyk lekarskich, o których mowa w art. 50, 50a, 50b ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997r. Nr 28 poz. 152 z późniejszymi zmianami)**.
4. Polisę bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia HIV, na okres ich udzielania, ze wskazaniem minimalnej sumy gwarancyjnej w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz wszystkich zdarzeń, których skutki będą objęte ubezpieczeniem.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób, które będą wykonywały świadczenia w ramach programu profilaktycznego – *załącznik nr 3* do niniejszego dokumentu.
6. Informacja o warunkach lokalowych, rodzaju i ilości posiadanego sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego do udzielania świadczeń z zakresu programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego*, dostępności do programu – *załącznik nr 4* do niniejszego dokumentu.
7. Opis programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* (część opisowa).
8. Harmonogram planowanych działań w ramach programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – *załącznik nr 5* do niniejszego dokumentu.
9. Oferta cenowa – *załącznik nr 6* do niniejszego dokumentu.
10. Inne dokumenty, oświadczenia i informacje, o których oferent chce powiadomić Zamawiającego – *załącznik nr 7* do niniejszego dokumentu.

* Dotyczy zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami).

* Dotyczy osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami).

IV. Przedmiot zamówienia :

Przedmiotem zamówienia jest zorganizowanie i przeprowadzenie dla mieszkańców Miasta Płocka programu profilaktyki *:

- x nowotworów prostaty wśród mężczyzn powyżej 40 r.ż., którzy dotychczas nie leczyli się w związku ze schorzeniami prostaty;
- x nowotworów sutka wśród kobiet w wieku 35 - 49 lat, które dotychczas nie leczyły się z powodu schorzeń gruczołu piersiowego;
- x nowotworów jelita grubego wśród mieszkańców powyżej 50 roku życia, którzy dotychczas nie leczyli się w związku ze schorzeniami jelita grubego.

V. Okres realizacji zamówienia : kwiecień – listopad 2005r.

Termin rozpoczęcia programu : kwiecień 2005r.

VI. Opis sposobu przedstawienia ceny oferty :

1. Oferent przedstawi ofertę cenową brutto – według *załącznika nr 6* do niniejszego dokumentu.
2. Cena oferenta zostanie ustalona na okres ważności umowy i nie podlega zmianom z wyjątkiem odpowiednich zapisów w umowie.
 1. Cena winna być określona przez oferenta z uwzględnieniem upustów, jakie oferent oferuje.
 2. Jeżeli wystąpi rozbieżność pomiędzy ceną wyrażoną cyframi i słownie, ważna będzie cena wyrażona słownie.
 3. Oczywiste pomyłki zostaną przez Zamawiającego poprawione za zgodą oferenta.

VII. Miejsce i termin składania ofert .

1. Ofertę należy złożyć w Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Płocka, ul. Zduńska 3, II piętro pok.250, poniedziałek - piątek w godz. 7³⁰ - 15³⁰, środy w godz. 9³⁰ - 17³⁰.
2. Ostateczny termin składania ofert upływa dnia 29.03.2005r. o godz. 15:30. W przypadku przesłania oferty drogą pocztową o terminie złożenia oferty decyduje data wpływu do Urzędu Miasta Płocka.
2. Wszystkie oferty otrzymane po terminie podanym w pkt 2 zostaną odrzucone.

VIII. Termin związania złożonej oferty :

Oferent związany jest złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

IX. Miejsce i termin otwarcia ofert :

Otwarcie ofert nastąpi w dniu 30.03.2005r. o godz. 14:00 w siedzibie Urzędu Miasta Płocka, ul. Stary Rynek 1, pok. Nr 18.

X. Informacje o trybie otwarcia i oceny ofert :

1. Przy otwarciu ofert mogą być uprawnieni przedstawiciele oferentów.
2. Komisja konkursowa stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert.
3. Komisja otwiera koperty z ofertami oraz ustala, które ze złożonych ofert spełniają warunki określone w §8

Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w *sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne* (Dz.U. Nr 93, poz. 592) – bez udziału oferentów.

4. Komisja konkursowa dokonuje oceny ofert z punktu widzenia formalno-prawnego oraz merytorycznego - bez udziału oferentów.
5. Komisja konkursowa przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów.
6. Komisja konkursowa wybiera ofertę najkorzystniejszą albo nie przyjmuje żadnej z ofert.
7. Komisja konkursowa zawiadamia niezwłocznie oferentów o zakończeniu konkursu i wyborze oferty na piśmie.

XI. Pouczenie o trybie składania skarg i protestów dotyczących konkursu:

1. Oferentowi, którego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w *sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne* (Dz.U. Nr 93 poz. 592) zasad udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne, przysługuje prawo składania skarg i protestów w trybie określonym w § 16 - § 17 *Rozporządzenia*.
2. Wobec czynności podjętych w toku postępowania konkursowego oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę. Skargę oferent składa przed rozstrzygnięciem konkursu - skarga wniesiona po tym terminie zostanie przez komisję konkursową odrzucona.
3. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.
4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa zawiadamia niezwłocznie oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym i Zamawiającego.
5. Oferent może złożyć do Zamawiającego umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania od komisji konkursowej zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku.
6. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy z oferentem, którego oferta została wybrana.
7. Zamawiający rozpoznaje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od daty jego złożenia.
8. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu Zamawiający zawiadamia niezwłocznie oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

XI. Postanowienia końcowe :

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym dokumencie mają zastosowanie przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998r. w *sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne* (Dz.U. Nr 93 poz. 592).

Zatwierdził :

*** niepotrzebne skreślić**

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....
(miejscowość, data)

**Oświadczenie uczestnika konkursu
na realizację programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego***

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej

adres

numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej

lub

imię i nazwisko¹

adres

numer wpisu do rejestru

nazwa organu dokonującego wpisu

Niniejszym oświadczam, że jest mi znana treść ogłoszenia informującego o prowadzonym przez Prezydenta Miasta Płocka konkursie na przeprowadzenie programów profilaktycznych i nie zgłaszam zastrzeżeń do „Konkursu na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka/prostaty/jelita grubego* – ogólnych materiałów informacyjnych”

.....

Podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela oferenta

* niepotrzebne skreślić

¹ Dotyczy osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami).

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....
pieczęć oferenta

DANE OFERENTA

1. Nazwa placówki
-
2. Imię i nazwisko dyrektora/kierownika
3. Imię i nazwisko koordynatora programu
4. Telefon kontaktowy
5. Numer i rodzaj rejestru
6. Miejsce świadczenia usług :
Ulica
- Nr telefonu
- Nr faxu
7. NIP
8. REGON
9. Nazwa banku
10. Numer konta bankowego
-

.....
Podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela oferenta

* niepotrzebne skreślić

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....
pieczęć oferenta

Oświadczenie

dotyczące osób, które będą wykonywały świadczenia w ramach programu profilaktyki nowotworów
sutka / prostaty / jelita grubego*

L p.	Rodzaj posiadanych kwalifikacji		Uwagi
	Zawodowych	Z zakresu promocji zdrowia	
1	2	3	4

UWAGA:

Świadczeniodawca zobowiązuje się do zatrudnienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w odrębnych przepisach.

.....

Podpis i pieczęć

upoważnionego przedstawiciela oferenta

* niepotrzebne skreślić

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....

pieczęć oferenta

Miejsce udzielania świadczeń (warunki lokalowe):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wykaz sprzętu i aparatury medycznej:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Załącznik numer 4 cd.

Sposób zgłaszania się do programu i rejestracji pacjentów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Dostępność do programu
(dni i godziny prowadzenia badań profilaktycznych):**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela oferenta

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....
pieczęć oferenta

Oferta cenowa - program profilaktyki nowotworów jelita grubego

Rodzaj badania	Proponowana liczba badań	Stawka kapitaacyjna (zł.)	Wartość programu (zł.)
1 etap – 2 x badanie na krew utajoną w kale + porada indywidualna	minimum 500 osób		
2 etap – kolonoskopia z wycinkiem + porada indywidualna ¹			
Wartość programu - ogółem			
Słownie złotych:			

Koszt programu nie obejmuje znieczulenia przy kolonoskopii. Znieczulenie może być wykonane na wniosek pacjenta za zgodą lekarza, koszt ponosi pacjent.

.....
Podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela oferenta

¹ UWAGA:

Schemat postępowania przesiewowego określony przez Zamawiającego w warunkach programu profilaktyki nowotworów jelita grubego zakłada:

- 100 % pacjentów uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów jelita grubego zostanie objętych świadczeniem: 2 x badanie na krew utajoną w kale + porada indywidualna, tj. każdy pacjent uczestniczący w programie;
- przynajmniej 15 % pacjentów uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów jelita grubego zostanie objętych świadczeniem: kolonoskopia + porada indywidualna.

* niepotrzebne skreślić

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....

pieczęć oferenta

Inne dane, o których oferent chce poinformować :

(np. badania własne, dokumentacja prasowa z działalności, materiały informacyjne i inne osiągnięcia)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć

upoważnionego przedstawiciela oferenta

* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 5 „Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

pieczęć oferenta

Harmonogram działań w 2005r.

[illegible]

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* – ogólne materiały informacyjne”

.....

pieczęć oferenta

Oferta cenowa - program profilaktyki nowotworów prostaty

Rodzaj badania	Proponowana liczba badań	Stawka kapitaacyjna (zł.)	Wartość programu (zł.)
1. etap – PSA + porada indywidualna	minimum 550 osób		
2. etap - badanie per rectum + porada indywidualna			
3. etap - USG transrektalne + porada indywidualna ¹			
Wartość programu - ogółem			
Słownie złotych:			

.....
Podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela oferenta

¹ UWAGA:

Schemat postępowania przesiewowego określony przez Zamawiającego w warunkach programu profilaktyki nowotworów prostaty zakłada:

- 100 % pacjentów uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów prostaty zostanie objętych świadczeniem: PSA + porada indywidualna;
- 100 % pacjentów uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów prostaty zostanie objętych świadczeniem: badanie per rectum + porada indywidualna, tj. każdy pacjent uczestniczący w programie;
- przynajmniej 20 % pacjentów uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów prostaty zostanie objętych świadczeniem: USG transrektalne + porada indywidualna.

* niepotrzebne skreślić

„Konkurs na przeprowadzenie programu profilaktyki nowotworów sutka / prostaty / jelita grubego* - ogólne materiały informacyjne”

.....

pieczęć oferenta

Oferta cenowa - program profilaktyki nowotworów sutka

Wyszczególnienie rodzaju badań	Proponowana liczba badanych	Stawka kapitaacyjna (zł.)	Wartość programu (zł.)
1 etap - mammografia, + porada indywidualna	minimum 900 osób		
2 etap – USG sutka + porada indywidualna ¹			
3 etap – biopsja cienkoigłowa + porada indywidualna ¹			
Wartość programu - ogółem			
Słownie złotych:			

.....

Podpis i pieczęć
upoważnionego przedstawiciela oferenta

¹ UWAGA:

Schemat postępowania przesiewowego określony przez Zamawiającego w warunkach programu profilaktyki nowotworów sutka zakłada:

- 100 % pacjentek uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów sutka zostanie objętych świadczeniem: mammografia + porada indywidualna, tj. każda pacjentka uczestnicząca w programie;
- przynajmniej 30 % pacjentek uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów sutka zostanie objętych świadczeniem: USG sutka + porada indywidualna;
- przynajmniej 1% pacjentek uczestniczących w programie profilaktyki nowotworów sutka zostanie objętych świadczeniem: biopsja cienkoigłowa + porada indywidualna.

* niepotrzebne skreślić

PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW JELITA GRUBEGO

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

1. Przedmiot programu

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego. Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać kryteria określone w niniejszym materiale.

2. Adresaci programu

Populacja mieszkańców miasta Płocka w wieku 50 lat i więcej, którzy dotychczas nie leczyli się w związku ze schorzeniami jelita grubego.

Część osób w ilości 30% założonej populacji – osoby obciążone rodzinnie nowotworem jelita grubego - otrzyma zaproszenie do programu za pośrednictwem Poradni Onkologicznej WSzZ w Płocku.

3. Cel programu

cel główny:

✓ wczesne zwiększenie wykrywalności raka jelita grubego,

cele szczegółowe:

- ✓ zwiększenie wykrywalności stanów przedrakowych i nowotworów we wczesnych stadiach zaawansowania,
- ✓ zwiększenie odsetka wyleczeń,
- ✓ podniesienie poziomu wiedzy pacjentów na temat nowotworów jelita grubego.

4. Harmonogram realizacji programu

Program będzie realizowany od kwietnia do listopada 2005r.

Harmonogram planowanych działań w 2005r. należy podać w/g wzoru określonego w Załączniku Nr 5 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

5. Świadczenia przewidziane w programie

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki nowotworów jelita grubego obejmuje:

- x przeprowadzenie wywiadu (wywiad – ankieta według wzoru określone w Załączniku Nr 1 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- x 2 x badanie na kał na krew utajoną + porada indywidualna,
- x badanie per rectum + porada indywidualna (opis – karta badania profilaktycznego według wzoru określonego w Załączniku Nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- x kolonoskopia z wycinkiem (badanie endoskopowe całego jelita grubego wykonywane raz na 10 lat) bez znieczulenia. Znieczulenie za zgodą lekarza na wniosek pacjenta, koszt znieczulenia ponosi pacjent, po wcześniejszym poinformowaniu o takiej możliwości,
- x sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań - zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- x decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,
- x skierowanie pacjentów z nieprawidłowym wynikiem do odpowiedniej placówki diagnostycznej w celu dalszej diagnostyki i/lub leczenia,
- x prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu w formie papierowej i elektronicznej (według wzoru określonego w Załączniku Nr 3 do niniejszych materiałów informacyjnych).

6. Sposób finansowania świadczeń

Świadczenia będą finansowane zgodnie z danymi zawartymi w Załączniku nr 6 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

7. Monitorowanie i ewaluacja

Ewaluacja realizacji programu:

- ♦ wielkość populacji objętej scriningiem,
- ♦ liczba osób, którzy zgłosili się do programu,

Efekty badań:

- ♦ liczba wykonanych badań,
- ♦ liczba osób z prawidłowym wynikiem badań,
- ♦ liczba osób wymagających dalszych procedur diagnostycznych.

8. Wymagania szczególne dla oferentów

Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;
- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej* (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich.

9. Kwalifikacje wymagane od realizatorów programu

Personel medyczny przeszkolony w zakresie wykonywania badań scriningowych:

- x 2 lekarzy ze specjalizacją co najmniej I stopnia z: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej lub innej zgodnej z zakresem programu,
- x 1 lekarz histopatolog – współpraca,
- x personel do obsługi organizacyjnej programu – osoba odpowiedzialna za oświatę zdrowotną, osoba odpowiedzialna za prowadzenie rejestracji.

Należy dołączyć potwierdzone (przez dział kadr oferenta) kserokopie dokumentów dotyczących kwalifikacji realizatorów programu.

10. Wyposażenie w aparaturę medyczną

- x **kolonoskop** – lub poświadczony dostęp do sprzętu,
- x **system komputerowy** z drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych.

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ANKIETA

Nazwisko i imię nr telefonu

Adres

PESEL

	TAK	NIE
1. Czy w Pani/Pani rodzinie występowały schorzenia nowotworowe?	☐	☐
2. Czy ma Pan/Pani nieokreślone bóle brzucha?	☐	☐
3. Czy ma Pan/Pani tendencje do zaparć?	☐	☐
4. Czy ma Pan/Pani tendencje do luźnych stolców lub biegunek?	☐	☐
5. Czy zdarza się Panu/Pani zaobserwować świeżą krew w stolcu?	☐	☐
6. Czy zdarzają się Panu/Pani samoistne stolce?	☐	☐
7. Czy ma Pan/Pani uczucie stałego lub okresowego parcia na stolec?	☐	☐
8. Czy utrzymuje Pan/Pani swoją należną wagę?	☐	☐

Płock, dnia.....

podpis i pieczęć lekarza

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Nazwisko i imię nr telefonu

Adres

PESEL

1. Badanie internistyczne (w tym per rectum)

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

2. Wyniki testów enzymatycznych na krew utajoną w kale:

L.p.	Test Nr	Data badania	Wynik badania

1. Wynik badania kolonoskopowego:

.....
.....

2. Wniosek :

- ☐ pacjent bez podejrzeń nowotworowych
- ☐ pacjent do obserwacji i badań kontrolnych za
- ☐ pacjent z podejrzeniem nowotworu, zalecono rozszerzenie diagnostyki

5. Zalecenia lekarskie:

.....
.....

Płock, dnia.....

podpis i pieczęć lekarza

Rejestr osób objętych programem profilaktyki nowotworów jelita grubego

Lp	Dane pacjenta	Informacja nt. świadczeń zrealizowanych w ramach programu profilaktycznego				Przynależność do POZ	Uwagi i zalecenia
	nazwisko i imię / adres zamieszkania / numer PESEL/numer telefonu	ETAP 1 – 2x badanie na krew utajoną w kale + porada indywidualna		ETAP 2 – kolonoskopia z wycinkiem + porada indywidualna			
		data badania	podpis pacjenta	data badania	podpis pacjenta		
		podpis wykonawcy		podpis wykonawcy			
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
	PESEL:						
	PESEL:						
	PESEL:						
	PESEL:						
	PESEL:						

PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW PROSTATY

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

1. Przedmiot postępowania

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów prostaty. Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać kryteria określone w niniejszym materiale.

2. Adresaci programu

populacja mężczyzn mieszkających w Płocku w wieku 40 lat i więcej, którzy do tej pory nie leczyli się z powodu schorzeń gruczołu krokowego.

3. Cel programu

cel główny programu:

x zwiększenie wykrywalności raka gruczołu krokowego,

cele szczegółowe:

x zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków nowotworu prostaty,

x podniesienie poziomu wiedzy mężczyzn na temat nowotworów prostaty,

x zwiększenie odsetka wyleczeń,

x obniżenie kosztów leczenia.

4. Harmonogram realizacji programu

Program będzie realizowany od kwietnia do listopada 2005r.

Harmonogram planowanych działań należy podać w/g wzoru określonego w Załączniku Nr 5 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

5. Świadczenia przewidziane w programie

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki nowotworów prostaty obejmuje:

x przeprowadzenie wywiadu (wywiad – ankieta według wzoru określonego w Załączniku Nr 1 do niniejszych materiałów informacyjnych),

x badanie na poziom PSA + porada indywidualna,

x badanie per rectum + porada indywidualna (opis – karta badania profilaktycznego według wzoru określonego w Załączniku Nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych),

x USG transrectalne + porada indywidualna: w przypadku nieprawidłowości w badaniu PSA i/lub badaniu per rectum,

x sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań - zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

x decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,

x skierowanie pacjentów z nieprawidłowym wynikiem do odpowiedniej placówki diagnostycznej w celu dalszej diagnostyki i/lub leczenia,

x prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu w formie papierowej i elektronicznej (według wzoru określonego w Załączniku Nr 3 do niniejszych materiałów informacyjnych).

6. Sposób finansowania świadczeń

Świadczenia będą finansowane zgodnie z danymi zawartymi w Załączniku nr 6 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

7. Monitorowanie i ewaluacja

Ewaluacja realizacji programu:

- ♦ wielkość populacji objętej scriningiem,
- ♦ liczba mężczyzn, którzy zgłosili się do programu,

Efekty badań:

- ♦ liczba wykonanych badań,
- ♦ liczba mężczyzn z prawidłowym wynikiem badań,
- ♦ liczba mężczyzn wymagających dalszych procedur diagnostycznych.

8. Wymagania szczególne dla oferentów

Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;
- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej* (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich.

9. Kwalifikacje wymagane od realizatorów programu

Personel medyczny przeszkolony w zakresie wykonywania badań scriningowych:

- x 2 lekarzy ze specjalizacją co najmniej I stopnia z: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej lub urologii;
- x 1 lekarz urolog ze specjalizacją co najmniej II stopnia – współpraca,
- x 1 lekarz histopatolog – współpraca,
- x personel do obsługi organizacyjnej programu – osoba odpowiedzialna za oświatę zdrowotną, osoba odpowiedzialna za prowadzenie rejestracji.

Należy dołączyć potwierdzone (przez dział kadr oferenta) kserokopie dokumentów dotyczących kwalifikacji realizatorów programu.

10. Wyposażenie w aparaturę medyczną

- x **ultrasonograf** – głowica przystosowana do badań endoskopowych,
- x **system komputerowy** z drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych.

Od jak dawna zauważył Pan dolegliwości związane z oddawaniem moczu?

Czy był już Pan leczony z tego powodu?

Jakie leki stosował Pan w leczeniu tych dolegliwości?

Na jakie choroby przewlekłe Pan choruje?

Jakie leki stosuje Pan na stałe?

Czy przebył Pan zabiegi operacyjne na jamie brzusznej? Jeśli tak, to jakie i kiedy?

.....

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do Urzędu Miasta Płocka celem rozliczenia wykonania badania w ramach programu profilaktyki nowotworów prostaty.

Podpis pacjenta

Płock, dnia

pieczęć świadczeniodawcy

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

Nazwisko i imię nr telefonu

Adres

PESEL

BADANIE LEKARSKIE

1. Badanie per rectum

gruczoł krokowy: mały (do 35 mm)
 średni (do 45 mm)
 duży (powyżej 45 mm)

	płat prawy	płat lewy
konsystencja stercza:	obniżona	
	prawidłowa	
	wzmożona	
	twardy	

	płat prawy	płat lewy
powierzchnia stercza:	gładki	
	nierówny	
	guzowaty	

	płat prawy	płat lewy
symetria stercza:		

2. Wynik badania PSA sur. z dnia

3. Wniosek:

- ☐ pacjent bez podejrzeń nowotworu
- ☐ pacjent do obserwacji i badań kontrolnych za
- ☐ pacjent z podejrzeniem nowotworu, zalecono rozszerzenie diagnostyki

4. Zalecenia lekarskie :

Płock, dnia.....

podpis i pieczęć lekarza

Rejestr mężczyzn objętych programem profilaktyki nowotworów prostaty.

Lp	Dane pacjenta	Informacja nt. świadczeń zrealizowanych w ramach programu profilaktycznego						POZ	Uwagi i zalecenia		
	nazwisko i imię / adres zamieszkania / numer PESEL/numer telefonu	ETAP 1 – badanie PSA + porada indywidualna		ETAP 2 – badanie per rectum + porada indywidualna		ETAP 3 – wykonanie USG transrektalnego + porada indywidualna					
		data badania	podpis pacjenta	data badania	podpis pacjenta	data badania	podpis pacjenta				
		podpis wykonawcy		podpis wykonawcy		podpis wykonawcy					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.		
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										

PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SUTKA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

1. Przedmiot postępowania

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów sutka. Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać kryteria określone w niniejszym materiale.

2. Adresaci programu

Grupa scriningowa – kobiety w wieku 35 - 49 lat (przy określaniu wieku należy brać pod uwagę rok urodzenia), które dotychczas nie leczyły się z powodu schorzeń gruczołu piersiowego i nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Zaproszenie do udziału w programie nastąpi poprzez: ogłoszenie o konkursie na realizację programów profilaktycznych w mediach, umieszczenie ogłoszenia o programie na stronie internetowej Urzędu Miasta Płocka, wywieszenie ogłoszenia w siedzibie UMP oraz akcją medialną prowadzoną przez realizatora programu.

Część kobiet w ilości 30% założonej populacji – osoby obciążone rodzinnie nowotworem sutka - otrzyma zaproszenie do programu za pośrednictwem Poradni Onkologicznej WSzZ w Płocku.

3. Cel programu

cel główny programu :

- ♦ zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów sutka

cele szczegółowe:

- ♦ zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków nowotworów sutka,
- ♦ podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki nowotworów sutka,
- ♦ zwiększenie odsetka wyleczeń,
- ♦ obniżenie kosztów leczenia.

4. Harmonogram realizacji programu

Program będzie realizowany w miesiącach od kwietnia do listopada 2005r.

Harmonogram planowanych działań należy podać w/g wzoru określonego w Załączniku Nr 5 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

5. Świadczenia przewidziane w programie

Zakres świadczeń w ramach programu profilaktyki nowotworów sutka obejmuje:

- ✓ przeprowadzenie wywiadu (wywiad - ankieta według wzoru określonego w Załączniku Nr 1 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- ✓ badanie mammograficzne: 2x2 zdjęcia mammograficzne wraz z opisem dokonany przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiodiagnostyki (opis – karta badania mammograficznego według wzoru określonego w Załączniku Nr 2 do niniejszych materiałów informacyjnych),
- ✓ badanie USG: w przypadku nieprawidłowości w badaniu mammograficznym i/lub palpacyjnym,
- ✓ biopsja cienkoigłowa: w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w wyniku mammografii i/lub USG,
- ✓ sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych badań - zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- ✓ decyzja dotycząca dalszego postępowania w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,
- ✓ skierowanie pacjentek 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 Załączniku Nr 3 do niniejszych materiałów informacyjnych).

6. Schemat postępowania medycznego:



7. Sposób finansowania świadczeń

Świadczenia będą finansowane zgodnie z danymi zawartymi w Załączniku nr 6 do *Ogólnych materiałów informacyjnych*.

8. Monitorowanie i ewaluacja

Ewaluacja realizacji programu:

- ♦ wielkość populacji objętej scriningiem,
- ♦ liczba kobiet, które zgłosiły się do programu,

Efekty badań:

- ♦ liczba wykonanych badań,
- ♦ liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badań,
- ♦ liczba kobiet wymagających dalszych procedur diagnostycznych.

9. Wymagania szczególne dla oferentów

Warunkiem koniecznym jest posiadanie aktualnej, pisemnej zgody Konsultanta Wojewódzkiego lub Krajowego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej na przeprowadzenie przesiewowych badań mammograficznych.

Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;
- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w *sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej* (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich;
- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2003 r. w *sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z aparatami rentgenowskimi o energii promieniowania do 300 keV stosowanymi w celach medycznych* (Dz. U. Nr 173 poz. 1681);
- ♦ rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2002 r. w *sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego w celach medycznych oraz sposobu wykonywania kontroli wewnętrznej nad przestrzeganiem tych warunków*. (Dz. U. Nr 241, poz. 2098).

10. Kwalifikacje wymagane od realizatorów programu

- ♦ 2 lekarzy radiologów ze specjalizacją co najmniej I stopnia z udokumentowanym szkoleniem w zakresie wykrywania i diagnostyki nowotworów sutka oraz szkoleniem w zakresie interpretacji mammografii skryningowej i diagnostycznej,
- ♦ 1 lekarz z certyfikatem Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego lub innym dokumentem potwierdzającym możliwość wykonywania USG – współpraca,
- ♦ 1 lekarz onkolog ze specjalizacją co najmniej I stopnia - współpraca,
- ♦ 1 lekarz patolog ze specjalizacją co najmniej I stopnia - współpraca,
- ♦ 2 techników elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie mammografii,
- ♦ personel do obsługi organizacyjnej programu – osoba odpowiedzialna za oświatę zdrowotną, osoba odpowiedzialna za prowadzenie rejestracji.

Należy dołączyć potwierdzone (przez dział kadr oferenta) kserokopie dokumentów dotyczących kwalifikacji realizatorów programu.

11. Wyposażenie w aparaturę medyczną

- ♦ **mammograf** – anoda molibdenowa z filtrami molibdenowymi (Mo) i rodowymi (Rh), dwa ogniska lampy nie większe niż 0,1mm i 0,3mm, generator wysokiej częstotliwości, zakres wysokiego napięcia 22-31 kV, pojemność cieplna anody 300 kHz, automatyczna kontrola ekspozycji (AEC), kratki przeciwrozproszeniowe dwóch formatów, kasety dwóch formatów z ekranami z ziem rzadkich, filmy mammograficzne, kamera identyfikacyjna z możliwością zapisu na filmie danych pacjentki i warunków badania, wyświetlacz cyfrowy (wszystkich elementów w badaniu), duża wytrzymałość konstrukcyjna na ciągłą pracę do 100 badań dziennie.
- ♦ **wywoływarka automatyczna** – wydajność 250 filmów mammograficznych dziennie, automatyczne mierzenie odczynników oraz filtry wodne, zapewniony stały serwis producenta,
- ♦ **negatoskop** - wyłącznie dla potrzeb mammografii, wyposażony w lupę i żaluzje, widmo światła świetlówek zgodne z widmem światła naturalnego,
- ♦ **aparatura do kontroli jakości** – prowadzenie kontroli jakości w/g *Europejskich zaleceń zapewnienia jakości w skryningu mammograficznym*,
- ♦ **system komputerowy** z drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych,
- ♦ **prowadzenie kontroli jakości według tych samych procedur i protokołów**,
- ♦ **ultrasonograf** – głowica linearna 7-10 Mhz.

Płock, data

/pieczęć świadczeniodawcy/

ANKIETA DLA KOBIET
OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SUTKA
/prosimy wypełniać drukowanymi literami/

nr ident. Pacjentki:

1. Nazwisko: **2. Imię:**

3. PESEL:

4. Adres zamieszkania: ulica nr..... m.

tel. (domowy lub kontaktowy).....

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

1. Pierwsza miesiączka (wiek)..... **Ostatnia miesiączka (wiek)**

2. Jeśli Pani rodziła, to ile lat Pani miała w czasie pierwszego porodu?

3. Czy przyjmuje Pani preparaty hormonalne?

1) dawniej nie tak

2) obecnie nie tak jeśli tak, to jakie?

4. Czy bada Pani sobie piersi ?

1) nie 2) tak jeśli tak, to jak często: co miesiąc czasami

5. Czy w ostatnim roku lekarz badał Pani piersi ? 1) nie 2) tak

6. Czy u krewnych Pani wystąpił rak piersi ? 1) nie 2) tak

Jeśli tak, to u kogo?

a) u matki przed 50 rokiem życia po 50 roku życia

b) u siostry przed 50 rokiem życia po 50 roku życia

c) u innych krewnych (np.: babka, ciotka, córka - wymienić).....

7. Czy występują u Pani dolegliwości lub zmiany w piersiach ?

1) nie

2) tak

a) ból

b) guzek, zgrubienie

c) wciągnięcie brodawki

d) wyciek z brodawki

e) zmiany na skórze piersi (np. blizny)

f) tzw. mastopatia

g) zabieg chirurgiczny w obrębie piersi

h) inne objawy - jakie? (proszę opisać)

8. Czy miała Pani kiedykolwiek wykonywaną mammografię?

1) nie

2) tak

Jeśli tak, kiedy była ostatnia (rok)

ile było wszystkich mammografii?

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych do Urzędu Miasta Płocka celem rozliczenia wykonania badania w ramach programu profilaktyki nowotworów sutka.

Podpis pacjentki :

.....
/pieczęć świadczeniodawcy/

PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SUTKA

KARTA BADANIA MAMMOGRAFICZNEGO

Nr identyfikacyjny pacjentki:

Data:

Nazwisko:

Imię:.....Pesel:

1. Nr rundy skryningu:

2. Podwójna ocena ☐

3. Ocena techniczna

badanie: a) dobre b) do powtórzenia

4. Utkanie piersi

a) tłuszczowe ☐

b) tłuszczowo-gruczołowe ☐

c) gruczołowo-tłuszczowe ☐

d) gruczołowe ☐

5. Wynik

a) wymaga dalszych badań /wezwanie/ ☐

b) norma /bez wezwania/ ☐

c) zmiana łagodna /bez wezwania/ ☐

d) zmiana prawdopodobnie łagodna /wezwanie/ ☐

e) zmiana podejrzana /wezwanie/ ☐

f) zmiana złośliwa /wezwanie/ ☐

6. Zalecenia

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) kontrolne badanie mammograficzne za 2 lata | ☐ |
| 2) kontrolne badanie mammograficzne za 1 rok | ☐ |
| 3) dalsza diagnostyka | ☐ |
| 4) dalsza diagnostyka i konsultacja onkologiczna | ☐ |

7. Ocena wg BIRADS (skala 2-5) Pierś

	P	L
• guzek	(.....)	(.....)
• zaburzenie architektury	(.....)	(.....)
• zagęszczenie	(.....)	(.....)
• zwapnienia	(.....)	(.....)
• inne 1 (opisz jakie)		

8. Umiejscowienie i wielkość zmiany

	P	L
▪ wg tarczy zegarowej („godzina”)	(.....)	(.....)
▪ zabrodawkowo	☐	☐
▪ centralnie	☐	☐
▪ ogon Spence'a	☐	☐
▪ wielkość (w mm)	(.....)	(.....)
▪ liczba zmian	(.....)	(.....)

9. Porównano ze zdjęciami poprzednimi:

nie ☐ tak ☐

data zdjęcia:

obraz stacjonarny:

nie ☐ tak ☐

Uwagi.....

Sporządził:

/Właściwą odpowiedź prosimy zaznaczyć w odpowiednim polu/

Rejestr kobiet objętych programem profilaktyki nowotworów sutka.

Lp	Dane pacjenta	Informacja nt. świadczeń zrealizowanych w ramach programu profilaktycznego						POZ	Uwagi i zalecenia		
	nazwisko i imię / adres zamieszkania / numer PESEL/numer telefonu	ETAP 1 – mamografia (2x2 zdjęcia) + porada indywidualna		ETAP 2 – USG sutka + porada indywidualna		ETAP 3 – biopsja cienkoigłowa + porada indywidualna					
		data badania	podpis pacjenta	data badania	podpis pacjenta	data badania	podpis pacjenta				
		podpis wykonawcy		podpis wykonawcy		podpis wykonawcy					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.		
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										
	PESEL:										