

UMOWA Nr 2019
zawarta 2019 roku

pomiędzy:

Powiatem Gnieźnieńskim z siedzibą w Gnieźnie przy ul. Papieża Jana Pawła II 9/10,
NIP....., REGON:....., reprezentowanym przez:

Piotra Gruszczyńskiego – Starostę Gnieźnieńskiego

Annę Jung – Wicestarostę Gnieźnieńskiego

zwanym w dalszej części umowy Zleceniodawcą,

a

.....
NIP, REGON,
reprezentowaną przez:

.....
zwaną w dalszej części umowy Zleceniobiorcą,

zwanymi w dalszej części umowy łącznie Stronami, a każdy z osobna Stroną.

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji w roku 2019 program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej”, zwany dalej: „Programem”.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do rozpowszechnienia informacji o Programie oraz informowania we wszelkich materiałach pisemnych dotyczących programu, jak również podczas informacji ustnych, że Program jest finansowany w całości ze środków budżetu Powiatu Gnieźnieńskiego.
3. W ramach realizacji Programu, Zleceniobiorca zobowiązuje się do:
 - przeprowadzenia kampanii promocyjno – informacyjnej dotyczącej programu profilaktyki zdrowotnej skierowanej do mieszkańców powiatu, zgodnie z harmonogramem;
 - przeprowadzenia promocji programu w lokalnych mediach (prasa, radio, telewizja, strony internetowe);
 - przeprowadzenia kampanii edukacyjnej w zakresie profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej oraz badania czucia stóp za pomocą specjalistycznych narzędzi u mieszkańców powiatu gnieźnieńskiego tj. osób ze zdiagnozowaną cukrzycą, zgodnie z obowiązującymi procedurami medycznymi,

Ponadto Zleceniobiorca:

- uzyska pisemną zgodę od pacjenta na włączenie do programu,
- dokona rejestracji uczestników programu oraz poprowadzi dokumentację medyczną związaną z procesem udzielania świadczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- przeprowadzi wśród uczestników programu **Ankiety** na podstawie, których będzie można ustalić szczegółowe informacje na temat faktycznej kondycji i potrzeb cukrzyków zgłaszających się do programu. Wzór **Ankiety** stanowi **Załącznik nr 1** do Umowy;
 - przygotuje opracowaną przez pielęgniarkę-edukatora wraz z pacjentem kartę postępowania zdrowotnego, w której zapisane zostaną informacje o potrzebnych do zmodyfikowania, zachowaniach zdrowotnych pacjenta /wyniki ankiety/, rodzaju, miejscu i sposobach proponowanej interwencji dla uczestnika programu;
 - przeprowadzi przez pielęgniarkę-edukatora edukację na temat choroby;
 - przeprowadzi za pomocą specjalistycznych narzędzi badania czucia: dotyku (neurotips), temperatury (tip-term), napięcia (monofilament), wibracji (kamerton);
 - dokona przekazania końcowego wyniku badania z jego interpretacją i informacji o ewentualnej potrzebie zgłoszenia się do lekarza POZ lub AOS w celu przeprowadzenia dalszej diagnostyki (w ramach NFZ);
 - wykona badanie stóp, skóry stóp i obuwia, analiza powyższych danych pozwoli ocenić ryzyko wystąpienia stopy cukrzycowej wśród uczestników programu;
 - ukierunkuje osoby badane na potrzebę podnoszenia świadomości chorego i jego rodziny, opiekunów na temat choroby jaką jest cukrzyca – zwłaszcza we wczesnych etapach, korzyści wynikających z wczesnego wykrycia symptomów zespołu stopy cukrzycowej i wczesnego rozpoczęcia leczenia;
 - dokona zakupu niezbędnych materiałów i sprzętu medycznego niezbędnych do realizacji programu;
 - dokona utylizacji zużytego materiału i sprzętu medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - poprowadzi bieżące monitorowanie realizacji programu - wskaźnikiem będzie liczba osób zgłoszonych do poszczególnych interwencji, opracowana na podstawie rejestru osób biorących udział w programie (liczba przebadanych osób, liczba wykrytych zachorowań zespołu stopy cukrzycowej, liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia, liczba osób uczestnicząca w edukacji),
 - przeprowadzi wśród członków rodziny uczestnika programu **Ankiety** dotyczącą posiadanej wiedzy na temat choroby – ankieta stanowi **Załącznik nr 1a** do Umowy,
 - przeprowadzi wśród uczestników programu **Ankiety** oceny jakości świadczeń w trakcie trwania interwencji, stanowiącej **Załącznik nr 2** do Umowy,
 - przeprowadzi wśród uczestników programu oraz członków rodzin uczestników programu **Ankiety** oceniającą efektywność programu – ankieta stanowi **Załącznik nr 3** do Umowy,
 - po zakończeniu realizacji programu sporządzi **Sprawozdanie** z realizacji programu, zgodnie z zamieszczonym wzorem stanowiącym **Załącznik nr 4** do Umowy oraz wykazem zawierającym: liczbę porządkową, płeć, wiek, gminę, w której zamieszkuje pacjent, datę wykonania badania oraz wartość jednostkową badania.
4. Program realizowany będzie zgodnie z ofertą stanowiącą integralną część umowy.

Realizacja Programu, rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy, a zakończona będzie do 20 grudnia 2019 roku.

§ 3

1. Zleceniobiorca za prawidłowe wykonanie Programu otrzyma wynagrodzenie w kwocie nie wyższej niż zł brutto, słownie: płatne na rachunek bankowy Zleceniobiorcy: w terminie 14 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionego rachunku do siedziby Zleceniodawcy.
2. Wynagrodzenie Zleceniobiorcy zostanie przelane przez Zleceniodawcę na konto Zleceniobiorcy za faktycznie wykonaną ilość badań po każdorazowym przedłożeniu faktury po upływie każdego kwartału.
3. Ostatnią fakturę należy wystawić do dnia 20 grudnia 2019r.
4. Do ostatniego rachunku należy załączyć sprawozdanie końcowe z realizacji Programu. Brak uwag Zleceniodawcy do sprawozdania w terminie 14 dni od dnia złożenia sprawozdania oznacza jego akceptację przez Zleceniodawcę.

§ 4

Kwota jednostkowa usługi za jedną osobę nie może być wyższa niż wskazana w ofercie tj. złotych brutto (słownie:.....).

§ 5

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru osób objętych interwencją, z zachowaniem zasad wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.).
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach działalności leczniczej oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający jej kontrolę.

§ 6

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się w trakcie trwania umowy oraz po jej wygaśnięciu lub rozwiązaniu udostępnić osobom upoważnionym przez Zleceniodawcę na każde żądanie pełną dokumentację finansową dotyczącą realizacji Programu oraz dokumentację medyczną w zakresie umożliwiającym kontrolę realizacji Programu.
2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1, osoby upoważnione przez Zleceniodawcę mogą badać dokumenty i inne nośniki informacji, które mają lub mogą mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonywania zadania oraz żądać udzielenia ustnie lub na piśmie informacji dotyczących wykonania Programu. Zleceniobiorca na żądanie kontrolującego

jest zobowiązany dostarczyć lub udostępnić dokumenty i inne nośniki informacji oraz udzielić wyjaśnień i informacji w terminie określonym przez kontrolującego.

3. Prawo kontroli przysługuje osobom upoważnionym przez Zleceniodawcę zarówno w siedzibie Zleceniobiorcy, jak i w miejscu realizacji zadania publicznego.
4. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1, Zleceniodawca informuje Zleceniobiorcę, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski i zalecenia mające na celu ich usunięcie.
5. Zleceniobiorca jest zobowiązany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń, o których mowa w ust. 4, do ich wykonania i powiadomienia o tym Zleceniodawcy. W wypadku niewykonania wniosków lub zaleceń, Zleceniodawca może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym.

§ 7

Umowa może być rozwiązana przez każdą ze Stron z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 8

1. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym w przypadkach określonych w niniejszej umowie a ponadto:
 - nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy,
 - przekazania przez Zleceniobiorcę realizacji całości lub części przedmiotu umowy osobom trzecim, bez uprzedniej pisemnej zgody Zleceniodawcy,
 - odmowy poddania się przez Zleceniobiorcę kontroli albo niedoprowadzenia przez Zleceniodawcę w terminie określonym do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości,
2. W przypadku rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym przez Zleceniodawcę, Zleceniodawca jest uprawniony do nałożenia na Zleceniobiorcę kary umownej w wysokości 15 % wynagrodzenia brutto określonego w § 3 ust. 1.
3. Zleceniobiorca upoważniony jest do dochodzenia odszkodowania na zasadach ogólnych w wysokości przenoszącej kary umowne.

§ 9

W zakresie nieunormowanym postanowieniami niniejszej umowy mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności kodeksu cywilnego.

§ 10

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 11

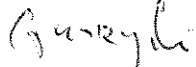
Ewentualne spory powstałe w związku z zawarciem i wykonywaniem niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygać polubownie. W przypadku braku porozumienia spór zostanie poddany pod rozstrzygnięcie właściwego ze względu na siedzibę Zleceniodawcy sądu powszechnego.

§ 12

Umowę sporządzono w pięciu jednobrzmiących egzemplarzach, cztery egzemplarze dla Zleceniodawcy, a jeden dla Zleceniobiorcy.

Zleceniodawca

Przewodniczący Zarządu


Piotr Gruszczyński

Zleceniobiorca

Kwestionariusz ankiety dla uczestników „Programu profilaktycznego zespołu stopy cukrzycowej”.

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety dotyczącej Państwa choroby „Ocena potrzeb i stanu wiedzy pacjenta diabetologicznego na temat choroby i najczęstszych powikłań”. Proszę wybraną odpowiedź zaznaczyć X.

1. Od ilu lat choruje Pan/Pani na cukrzycę?

- a) nie dłużej niż rok – niedawno ją rozpoznano
- b) od roku do 5 lat
- c) od 5 do 10 lat
- d) powyżej 10 lat

2. Proszę podać na jaki typ cukrzycy Pan/Pani choruje:

- a) cukrzyca typu 1 (cukrzyca insulinozależna)
- b) cukrzyca typu 2 (cukrzyca insulinoniezależna)
- c) inny (jaki?)
- d) nie wiem

3. W jaki sposób została u Pana/Pani wykryta cukrzyca?

- a) podczas badań okresowych w pracy lub kontrolnych badań lekarskich
- b) źle się czułam/em, miałem/am już objawy cukrzycy (senność, osłabienie, wzmożone
- c) pragnienie, częste oddawanie moczu)
- d) podczas pobytu w szpitalu w związku z inną dolegliwością
- e) choruję od dzieciństwa
- f) w inny sposób (jaki?)

- 4. Jakie leczenie cukrzycy Pan/Pani stosuje? (można wskazać więcej niż jedną odpowiedź)**
- a) dieta i wysiłek fizyczny, nie biorę żadnych leków
 - b) tabletki przeciwcukrzycowe
 - c) insulinę
 - d) insulinę i tabletki
- 5. Czy stosuje Pan/Pani dietę właściwą dla osób z cukrzycą?**
- a) tak
 - b) nie wiem
 - c) nie
- 6. Czy ma Pan/Pani jakieś powikłania zdrowotne, które są związane z cukrzycą?**
- a) tak (w przypadku odpowiedzi na to pytanie, proszę przejść do pytania nr 8)
 - b) nie
 - c) nie wiem
- 7. Jeśli pojawiły się u Pana/Pani jakieś powikłania zdrowotne związane z cukrzycą, to proszę wskazać rodzaj tych powikłań: (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)**
- a) uszkodzenie nerek (nefropatia)
 - b) uszkodzenie wzroku (retinopatia, zaćma)
 - c) uszkodzenie nerwów obwodowych (neuropatia)
 - d) choroba wieńcowa lub zawał serca
 - e) udar mózgu
 - f) zespół stopy cukrzycowej
- 8. Czy znane są Panu/Pani zasady zapobiegania powikłaniom cukrzycy?**
- a) tak
 - b) nie

9. Czy stara się Pan/Pani zapobiegać powstawaniu powikłań?

- a) tak
- b) nie

10. Czy odwiedza Pan/Pani diabetologa?

- a) tak, regularnie
- b) tak, ale nieregularnie i dość rzadko
- c) byłem/byłam tylko raz
- d) nigdy nie byłem/am u diabetologa

11. Z którym z lekarzy najczęściej Pan/Pani rozmawia o swojej cukrzycy?

- a) tylko z diabetologiem
- b) tylko z internistą (lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem rodzinnym)
- c) z diabetologiem i internistą (lekarzem pierwszego kontaktu, lekarzem rodzinnym)

12. Które z niżej wymienionych elementów samokontroli stosuje Pan/Pani w związku z cukrzycą (można wskazać więcej niż jedną odpowiedź)

- a) samodzielny pomiar poziomu glukozy przy pomocy glukometru
- b) prowadzenie dzienniczka samokontroli (notowanie pomiarów cukru we krwi)
- c) wprowadzenie diety cukrzycowej
- d) systematyczna aktywność fizyczna
- e) pomiar ciśnienia tętniczego
- f) inne (jakie?)
- g) nie widzę potrzeby stosowania samokontroli

13. Jak często dokonuje Pan/Pani samodzielnych pomiarów glikemii?

- a) kilka razy dziennie
- b) raz dziennie
- c) raz na kilka dni
- d) raz w tygodniu

- e) raz na dwa tygodnie
- f) raz w miesiącu
- g) rzadziej niż raz w miesiącu
- h) nigdy tego nie robię

14. Czy kontroluje Pan/Pani poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c?

- a) tak, często
- b) tak, od czasu do czasu
- c) nie, nie widzę takiej potrzeby
- d) nie, nawet nie wiem jak to się robi

15. Czy kiedykolwiek uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w edukacyjnym szkoleniu, konferencji, warsztacie, pogadance dotyczącej cukrzycy?

- a) tak (proszę o przejście do pytania 19)
- b) nie

16. Jeśli uczestniczył/uczestniczyła Pan/Pani w takim szkoleniu, to kiedy ostatnio?

- a) nie dalej niż miesiąc temu
- b) kilka miesięcy temu
- c) na pewno dalej niż rok temu
- d) kilka lat temu

17. Czy po zachorowaniu na cukrzycę starał się/starala się Pan/Pani zwiększyć swoją wiedzę na temat cukrzycy?

- a) tak (proszę o przejście do pytania 19)
- b) nie

18. W jaki sposób starał się/starala się Pan/Pani zwiększyć swoją wiedzę na temat choroby?

- a) czytając ulotki i broszury na temat cukrzycy
- b) czytając książki na temat cukrzycy
- c) biorąc udział w spotkaniach dla chorych na cukrzycę

- d) spotykając się z innymi chorymi i wymieniając się doświadczeniami na temat choroby
- e) korzystając z internetu
- f) rozmawiając z lekarzem diabetologiem
- g) rozmawiając z lekarzem internistą (rodzinnym, pierwszego kontaktu)
- h) rozmawiając z pielęgniarką diabetologiczną
- i) rozmawiając z pielęgniarką

19. Czy znane są Panu/Pani przyczyny, objawy i przebieg choroby?

- a) tak
- b) nie

20. Czy bliskim, opiekunom Pana/Pani znane są przyczyny, objawy i przebieg choroby?

- a) tak
- b) nie

21. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń lekarza ?

- a) tak regularnie
- b) nieregularnie
- c) nie

22. Czy uważa Pan/Pani, że przestrzeganie ustalonych zasad zmniejsza ryzyko rozwoju powikłań cukrzycy?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem

23. Czy znane są Panu/Pani zasady postępowania w chorobie w sytuacjach szczególnych :podróż, ciąża, antykoncepcja?

- a) tak
- b) nie

24. Czy uważa się Pan/Pani za osobę aktywną – uprawia Pan/Pani regularnie sporty, ćwiczenia?

- a) zdecydowanie tak

- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) zdecydowanie nie

25. Czy zachorowanie na cukrzycę zmieniło Pana/Pani życie?

- a) tak, diametralnie – na gorsze
- b) początkowo tak, ale teraz wszystko wróciło do normy
- c) nie, nie zauważyłam/em żadnych większych zmian

26. Czy może Pan/Pani powiedzieć o sobie, że nauczył/nauczyła się Pan/Pani żyć z cukrzycą?

- a) tak
- b) tak, ale musiało minąć sporo czasu
- c) nie, ale pracuję nad tym, żeby tak było
- d) nie, nigdy tego nie zaakceptuję

27. Z podanych niżej przymiotników proszę wybrać trzy, które Pana/Pani zdaniem najtrafniej opisują cukrzycę:

- a) nieuleczalna
- b) trudna
- c) zwyczajna
- d) komplikująca życie
- e) wymagająca dyscypliny
- f) złożona
- g) ograniczająca
- h) niezauważalna
- i) wstydliva
- j) choroba jak każda inna

28. WIEK

- a) 18-25 lat
- b) 26-30 lat
- c) 31-40 lat
- d) 41-50 lat
- e) 51-60 lat
- f) 61-70 lat
- g) Powyżej 70 lat

29. PŁEĆ

- a) Kobieta
- b) Mężczyzna

30. Informacje dodatkowe

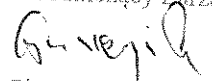
- a) Wzrost cm
- b) Waga kg
- c) Obwód pasa cm
- d) Ciśnienie krwi/.....

31. Czy pracuje Pan/Pani zawodowo?

- a) Tak
- b) Nie, jestem na rencie/emeryturze
- c) Nie, nigdy nie pracowałam/pracowałem
- d) Nie.

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Przewodniczący Zarządu


Piotr Gruszczyński

Kwestionariusz ankiety dla członka rodziny uczestnika „Programu profilaktycznego zespołu stopy cukrzycowej”.

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety. Proszę wybraną odpowiedź zaznaczyć X.

1.Czy Pana(i) zdaniem przyczyną hiperglikemii (wzrostu poziomu cukru we krwi ponad normę) jest?

- a) za mała dawka insuliny lub pominięcie zastrzyku
- b) za mała aktywność fizyczna
- c) zbyt obfity w węglowodany posiłek
- d) dodatkowa choroba (ból, gorączka, infekcja)

2.Które z niżej wymienionych objawów występują przy wzroście poziomu cukru we krwi ponad normę?

- a) nadmierne pragnienie
- b) zwiększona ilość oddawanego moczu
- c) suchość w jamie ustnej
- d) utrata apetytu
- e) bóle brzucha, nudności, wymioty
- f) senność

3.Do higieniczno- pielęgnacyjnych zasad zapobiegających wystąpieniu stopy cukrzycowej zaliczamy:

- a) dbanie o to, by stopy były czyste i suche
- b) mycie stóp w letniej wodzie
- c) stosowanie balsamów natłuszczających, których nie należy wcierać między palce
- d) nie wskazane jest chodzenie boso
- e) noszenie wygodnych skórzanych butów
- f) noszenie bawełnianych dobrze dopasowanych skarpetek
- g) regularne spacerowanie w celu poprawy ukrwienia i unerwienia stóp
- h) codzienne oglądanie stóp
- i) zwracanie uwagi na mogące wystąpić skaleczenia, siniaki na stopie
- j) obcinanie paznokcie „na prosto” a nie „na okrągło”

4.Z podanej niżej listy produktów spożywczych proszę wybrać te, które zalecane są w diecie cukrzycowej:

- a) pieczywo jasne
- b) nabiał i jego przetwory
- c) jaja
- d) drób
- e) cielęcina
- f) wołowina
- g) wieprzowina
- h) ryby i przetwory rybne
- i) tłuszcze roślinne
- j) tłuszcze zwierzęce
- k) ciasta, słodczyce
- l) warzywa
- m) owoce
- n) kasze
- o) makarony

5.Jaki wpływ na organizm cukrzyka ma picie alkoholu?

- a) sprzyja powstawaniu hipoglikemii (niedocukrzeniu)
- b) może wywoływać kwasicę ketonową
- c) większe dawki alkoholu wpływają na wzrost ciśnienia tętniczego
- d) może prowadzić do uszkodzenia serca, wątroby i trzustki
- e) może powodować otyłość

6.Jak według Pana(i) palenie tytoniu wpływa na organizm cukrzyka?

- a) podnosi ciśnienie tętnicze krwi
- b) przyspiesza procesy miażdżycowe
- c) zwiększa ryzyko wystąpienia udaru mózgu
- d) zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca

7.W jaki sposób postępuje Pan(i) podczas wystąpienia objawów hiperglikemii u członka rodziny?

- a) podaję do picia osolone płyny
- b) sprawdzam zawartość cukru i acetonu w moczu

- c) wstrzykuję dodatkową dawkę insuliny krótko działającej lub szybko działającego analogu insuliny
- d) kontaktuje się z lekarzem
- e) wzywam karetkę pogotowia

8. Jakiego Pana(i) zdaniem są przyczyny hipoglikemii (niedocukrzenia)?

- a) zbyt mały posiłek lub jego brak po podaniu insuliny
- b) za duża dawka insuliny
- c) zbyt duży wysiłek fizyczny
- d) spożycie alkoholu
- e) nieregularne przyjmowanie zaleconych dawek doustnych leków hipoglikemizujących

9. Jakich czynności podejmuje Pan(i) w przypadku hipoglikemii?

- a) podaję do spożycia kilka łyżeczek cukru
- b) podaję do picia słodki napój
- c) podaję do picia coca-cole
- d) podaję jakieś słodycze (baton, czekolada, ciastko)
- e) podaję cukier w kostkach, którą zawsze noszę przy sobie
- f) mierzę poziom cukru we krwi
- g) kontaktuję się z lekarzem
- h) wzywam karetkę pogotowia

10. Jakiego Pana(i) zna późne powikłania cukrzycy?

- a) choroby oczu (retinopatia)
- b) zmiany w nerkach (nefropatia)
- c) chorobę niedokrwioną serca
- d) choroby naczyniowe mózgu (udary niedokrwienne)
- e) miażdżyce tętnic
- f) kardiomiopatię cukrzycową
- g) zaburzenia czucia, bólu i temperatury
- h) zespół stopy cukrzycowej
- i) zmiany skórne: świąd, owrzodzenia

11. Czy potrafi Pan(i) obsługiwać glukometr?

- a) tak
- b) nie
- c) słabo

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Ankieta**Oceniająca jakość świadczeń w programie**

Szanowni Państwo,

Uprzejmie prosimy o wypełnienie anonimowej ankiety i wyrażenie swojej opinii na temat programu, jego prowadzenia oraz promocji. Prosimy o zaznaczenie znakiem „x” odpowiedzi w wybranym polu przy każdym z badanych obszarów oraz wyrażenie swoich opinii związanych z poszczególnymi elementami realizacji programu. Skala oceny od 1 do 4 jest wzrastającą wartością (ocena najniższa – 1, ocena najwyższa – 4).

Ocena spotkań

Użyteczność omawianych treści i zagadnień	1	2	3	4
Różnorodność wykorzystanych materiałów dydaktycznych	1	2	3	4
Jakość infrastruktury w miejscu/ach spotkań	1	2	3	4

Ocena spotkań edukacyjnych z pielęgniarką edukatorem

Profesjonalizm specjalistów prowadzących zajęcia	1	2	3	4
Zarządzanie czasem spotkań	1	2	3	4

Ocena promocji programu

Kampania reklamowa - treść, forma i skuteczność	1	2	3	4
Kampania informacyjna –treść , forma i skuteczność	1	2	3	4
Źródła przekazu	1	2	3	4

Proszę wymienić jak jest dla Pana/Pani słaba strona programu

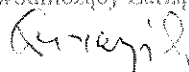
.....

Proszę wymienić największą wartość, jaką miał dla Pana/Pani udział w programie profilaktycznym zespołu stopy cukrzycowej :.....

.....

Dziękujemy

Przewodniczący Zarządu



Piotr Gruszczyński

Ankieta
Oceniająca efektywność programu

Szanowni Państwo,

Niniejsza ankieta ma na celu dokonanie efektywności programu przez uczestników oraz członków ich rodzin biorących udział w „Programie profilaktycznym zespołu stopy cukrzycowej” realizowanego na terenie Powiatu Gnieźnieńskiego. Ankieta jest anonimowa, a uzyskane dzięki niej informacje posłużą dla ustaleniu efektów programu oraz podjęcia działań wzmacniających i korygujących. Prosimy o zaznaczenie odpowiedzi znakiem „x”.

Będziemy bardzo wdzięczni za pomoc w realizacji badania.

1. Czy kiedykolwiek przedtem posiadał Pan/Pani wiedzę o stopie cukrzycowej?

TAK

NIE

2. Czy treści wykładów pielęgniarki edukatora są dobrze dostosowane do Pana/Pani oczekiwań?

TAK

NIE

3. Czy kiedykolwiek przedtem miał Pan/Pani wykonane badanie stopy?

TAK

NIE

4. Czy badanie stopy wykryło u Pana/Pani zaburzenia o których przedtem Pan/Pani nie wiedział?

TAK

NIE

5. Czy badanie stóp odbywa się w warunkach dających komfort badanemu?

TAK

NIE

6. Czy udział w spotkaniach edukacyjnych pozwolił Panu/Pani podnieść poziom wiedzy na temat zespołu stopy cukrzycowej?

TAK

NIE

7. Czy udział w programie zaspokaja Pana/Pani potrzeby w zakresie poszerzenia wiedzy o chorobie i jej powikłaniach?

TAK

NIE

8. Czy po udziale w programie nabyli Państwo przekonania o konieczności działań profilaktycznych i przeprowadzania systematycznych badań kontrolnych?

TAK

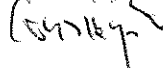
NIE

9. Czy ma Pan/Pani jakieś dodatkowe uwagi i propozycje na temat programu:

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

Dziękujemy za pomoc w realizacji badania

Przewodniczący Zarządu



Piotr Gruszczyński

.....
pieczęć oferenta

SPRAWOZDANIE

z realizacji programu polityki zdrowotnej

.....
.....
nazwa programu

realizowanego w okresie oddo r.

określonego w umowie nr , zawartej w dniu
pomiędzy

.....
a
.....

CZĘŚĆ I. Sprawozdanie merytoryczne

1. Opis wykonania zadania – czy zakładane rezultaty zostały osiągnięte w wymiarze określonym w ofercie, w jakim zakresie? Jeśli nie – dlaczego?

[uzupełnić]

2. Opis realizacji programu z wyszczególnieniem działań (w tym: wyszczególnienie objętej populacji z poszczególnych gmin powiatu, płeć i wiek, wyniki badań z ogólną charakterystyką, wnioski na lata następne):

[uzupełnić]

3. Liczbowe określenie działań, zrealizowanych w ramach programu (należy użyć tych samych miar, które były określone w ofercie):

[uzupełnić]

Część II. Sprawozdanie z wykonania wydatków:

1. Zestawienie faktur (rachunków) w zł

L.p.	Numer dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa wydatku	Kwota (zł)

