Załącznik Nr 2 do umowy

**SPRAWOZDANIE**

**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji.**

Termin realizacji ………………………………………..,

## CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu

|  |
| --- |
|  |

2. Liczbowe określenie skali działań

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **LICZBA PAR ZAPISANYCH DO PROGRAMU** | **LICZBA PAR ZAKWALIFIKOWANYCH****DO UDZIAŁU W PROGRANIE** | **LICZBA PAR, U KTÓRYCH WYKONANO PEŁNĄ KOMPLEKSOWĄ DIAGNOSTYKĘ I ZASTOSOWANO LECZENIE** | **LICZBA CIĄŻ** | **LICZBA PRZEPROWADZONYCH ANKIET SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU** |
|  |  |  |  |  |  |

3. Wykaz miejsc zamieszkania par, które zgłosiły się do Programu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **MIEJSCOWOŚĆ** | **LICZBA PAR/OSÓB** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CZĘŚĆ II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z WYKONANIA PROGRAMU**

1. Koszty z podziałem na procedury

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTÓW** | **LICZBA/PAR UCZESTNIKÓW** | **KOSZT JEDNOSTKOWY****(W ZŁ)**  | **KOSZT CAŁKOWITY****(W ZŁ)** | **WYSOKOŚĆ DOPŁATY PRZEZ PARĘ****(W ZŁ)** |
| **1.** | Pierwsza konsultacja lekarska z opracowaniem zindywidualizowanego programu leczenia oraz rozmowa edukacyjna (2 godz.) |  |  |  |  |
| **2.** | Kolejna konsultacja |  |  |  |  |
| **3.** | Konsultacja ginekologiczno-położnicza z USG |  |  |  |  |
| **4.** | USG |  |  |  |  |
| **5.** | Monitoring owulacji |  |  |  |  |
| **6.** | Konsultacja endokrynologiczna – pierwsza wizyta |  |  |  |  |
| **7.** | Konsultacja endokrynologiczna – kolejna wizyta |  |  |  |  |
| **8** | Konsultacja urologiczna |  |  |  |  |
| **9.** | Konsultacja andrologiczna |  |  |  |  |
| **10** | Konsultacja z dietetykiem 1 osoba – pierwsza wizyta |  |  |  |  |
| **11** | Konsultacja z dietetykiem para – pierwsza wizyta |  |  |  |  |
| **12** | Konsultacja z dietetykiem 1 osoba- kolejna wizyta |  |  |  |  |
| **13** | Konsultacja z dietetykiem para – kolejna wizyta |  |  |  |  |
| **14** | Fizjoterapia uroginekologiczna (60 min.) |  |  |  |  |
| **15** | Konsultacja psychologiczna 1 osoba |  |  |  |  |
| **16** | Konsultacja psychologiczna para |  |  |  |  |
| **17** | Nauka obserwacji cyklu miesięcznego – pierwsze spotkanie wprowadzające z materiałami (1 godz.) |  |  |  |  |
| **18** | Nauka obserwacji cyklu miesięcznego – kolejne spotkanie (1 godz.) |  |  |  |  |
| **19** | Konsultacja - seksuolog |  |  |  |  |
| **20** | Badanie AMH |  |  |  |  |
| **21** | Badanie nasienia z posiewem |  |  |  |  |
| **22** | Badania hormonalne – m.in. LH,FSH,PRL, T,E,TSH |  |  |  |  |
| **23** | Witamina D |  |  |  |  |
| **24** | Homocysteina |  |  |  |  |
| **25** | Posiewy mikrobiologiczne tlenowe/beztlenowe |  |  |  |  |
| **26** | Posiew w kierunku Ureaplazma/ Mykoplazma |  |  |  |  |
| **27** | Possie w kierunku Chlamydia |  |  |  |  |
| **28** | Cytologia klasyczna |  |  |  |  |

1. Rozliczenie dotacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wysokość przekazanej dotacji, zgodnie z zawartą umową** | **Łączny koszt procedur** **diagnostycznych i leczenia**  | **Wysokość dotacji niewykorzystanej, przeznaczonej do zwrotu, zgodnie****z zawartą umową** |
|  |  |  |

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

(podpis Zleceniobiorcy)