Załącznik Nr 7 do umowy

**Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji.**

**MONITORING**

**Część A**

**TERMIN REALIZACJI**: …………………………………

Nazwa Zleceniobiorcy:

………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................…….

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych danych:

……………………………………………………………………………………………………………………….......................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU** | **LICZBA** | **UWAGI** |
| **1.** | **Pary, które zgłosiły się /zarejestrowały:** **- telefonicznie****- e-mailowo****-osobiście** |  |  |
| **2.** | **Pary zakwalifikowane przez Zleceniobiorcę do Programu** |  |  |
| **3.**  | **Pary niezakwalifikowane do Programu** |  | proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn |
| **4.** | **Pary, które zrezygnowały z udziału** **w Programie w trakcie jego trwania, z podaniem przyczyny rezygnacji** |  | proszę o podanie i wyszczególnienie przyczyn |
| **5.** | **Pary objęte procesem diagnostycznym** |  |  |
| **6.** | **Pary objęte leczeniem** |  |  |
| **7.**  | **Pary korzystające z pomocy psychologicznej** |  |  |
| **8.**  | **Pary korzystające z pomocy dietetyka** |  |  |
| **9.**  | **Pary korzystające z pomocy seksuologa** |  |  |
| **10.**  | **Pary objęte instruktażem obserwacji cykli** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **INFORMACJE DOTYCZĄCE EFEKTYWNOŚCI PROCEDURY** | **LICZBA** | **UWAGI** |
| **1.** | **Liczba par, u których zastosowana procedura diagnostyczno-lecznicza zakończyła się ciążą.**  |  |  |
| **2.** | **Liczba urodzeń** |  |  |

……………………………………… …………………………………………………………..

(miejscowość) (data)

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

(podpis Zleceniobiorcy)

**Część B.** załącznika nr 7 do umowy

Zgodnie z § 6 ust.1 pkt 9 w/w. umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania poniższych danych po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia u ostatniej pary procedury diagnostycznej
i leczniczej.

Nazwa Zleceniobiorcy:

……………………………………………………………………………………………………………………….

Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie poniżej przedstawionych danych:

………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Liczba urodzeń żywych:** ……………………………………………………………………………….
2. **Liczba urodzeń martwych:** ……………………………………………………………………………
3. **Liczba poronień:** (należy wskazać liczbę niewykazaną w części A) ……………………………

**Ewentualne uwagi**:…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………..

(miejscowość) (data)

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

(podpis Zleceniobiorcy)