Załącznik Nr 7 do umowy

**Program polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok - aktualizacja na 2022 rok.**

**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** |  | proszę o podanie  i wyszczególnienie przyczyn |
| **5.** | **Liczba zakończonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego w tym:**  **- w ramach dawstwa partnerskiego**  **W ramach dawstwa innego niż partnerskie**  **- w ramach dawstwa zarodka (adopcji zarodka)**  **- ICSI** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **INFORMACJE DOTYCZĄCE EFEKTYWNOŚCI PROCEDURY** | **LICZBA** | **UWAGI** |
| **1.** | **Ogółem liczba potwierdzonych klinicznie ciąż, w tym:**  **- ciąż pojedynczych**  **- ciąż wielopłodowych** |  |  |
| **2.** | **Liczba wyników negatywnych** |  | proszę o podanie  i wyszczególnienie przyczyn braku ciąży |
| **3.** | **Liczba powstałych embrionów** |  |  |
| **4.** | **Liczba transferów embrionów w tym:**  **- transferów zarodków świeżych**  **- transferów zarodków mrożonych** |  |  |
| **5.** | **Liczba poronień** (wykazana do 15 grudnia 2022 r.) |  |  |
| **6.** | **Pary stosujące się do zaleceń lekarskich, w tym:**  **- zdecydowanie**  **- raczej zdecydowanie** |  |  |

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

(miejscowość) (data)

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

(podpis Zleceniobiorcy)

**Część B.** załącznika nr 7 do umowy

Zgodnie z § 6 pkt 13w/w. umowy Zleceniobiorca zobowiązany jest do przekazania poniższych danych po zakończeniu realizacji Programu – w terminie do około 9 miesięcy od przeprowadzenia ostatniej procedury in vitro.

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)