Załącznik

do umowy nr RS.8010. …. 2019

z dnia …….............. 2019 r.

**Informacja kwartalna z realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV realizowane w Gminie Miejskiej Pruszcz Gdański”, w latach 2019 - 2021.**

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

/nazwa i adres podmiotu leczniczego wykonującego program/

Na mocy umowy nr …………………………… zawartej w dniu ………………….., dotyczącej realizacji w 2019 r. programu polityki zdrowotnej pn.: „Szczepienia profilaktyczne przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV realizowane w Gminie Miejskiej Pruszcz Gdański”, informuję, że:

* do programu w okresie od …………….………….. do ……………….……
zgłosiło się …………………. mieszkańców miasta Pruszcz Gdański,
* przeprowadzono ………. spotkania informacyjno-edukacyjne, w których uczestniczyło ……… osób. Spotkania odbyły się w …………………………………………………………

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

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

* rozpropagowano materiałów informacyjno – edukacyjnych w ilości ………………….…...…
* program realizowało ……….. lekarzy, ……….. pielęgniarek,
* liczba przyjętych oświadczeń o wyrażeniu zgody na szczepienie dziecka …………..………...
* liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych do szczepień …………………….………..…..…
* liczba dziewcząt zakwalifikowanych do szczepień ……………………………………..…...…
* liczba chłopców zakwalifikowanych do szczepień …………………………….………..…..…
* liczba zaszczepionych dziewcząt ……………………………………………………..……...…
* liczba zaszczepionych chłopców ……………………………………………………..……...…
* liczba dziewcząt ze stwierdzonym przeciwskazaniem do szczepień ……….….……..……...…
* liczba chłopców ze stwierdzonym przeciwskazaniem do szczepień ………..…….……………
* liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych ………………………………………….…
* ilość przekazanych ankiet wstępnych …………………………………….…………………….
* ilość przekazanych ankiet końcowych ………………………….………………………………
* informacja dotycząca powodów niezakwalifikowania do szczepienia w ramach programu …………………………………………………………………………………….…………….

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

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

* wnioski na przyszłość (dotyczące zachorowalności, stanu zdrowia ludności, potrzeb realizacji tego typu programów w latach następnych) …………………………………………………….

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

* uwagi: ……………………………………………………………………………….…………..

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

………………......, dnia ………………….

 /miejscowość/ /data/

…………………………………………….

 /podpis Wykonawcy/