**Załącznik nr 3 do ogłoszenia**

…………………………………………………

 Pieczęć Realizatora

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

z wykonania programu polityki zdrowotnej

**„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla mieszkańców**

**Miasta Kołobrzeg na lata 2021–2023” - edycja 2022**

w okresie od 1.06.2022 r. do 30.11.2022 r.

określonego w umowie nr WS.3037.4.2022

zawartej w dniu …. kwietnia 2022 r. pomiędzy

**Gminą Miasto Kołobrzeg**

*(nazwa Zleceniodawcy)*

a ....................................................................................................

(nazwa Realizatora)

Data złożenia sprawozdania:

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

1. Opis wykonania zadania z wyszczególnieniem podmiotów wykonujących poszczególne działania w zakresie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa procedury leczniczej | Nazwa podmiotu leczniczego |
| 1 | Badanie densytometryczne metodą DXA lub lepszą wraz ze wstępną interpretacją. |  |
| 2 | Porada specjalistyczna udzielona w poradni osteoporozy dla jednego Świadczeniobiorcy. |  |

1. W przypadku zakwalifikowania do udziału w PPZ mężczyzny w wieku 50 - 69 lat liczba osób zakwalifikowanych do PPZ z wyszczególnieniem czynników ryzyka stanowiących podstawę włączenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa czynnika | Liczba osób włączonych na tej podstawie |
| 1 | Czynniki genetyczne i demograficzne |  |
| 2 | Predyspozycja rodzinna |  |
| 3 | Rasa biała lub żółta |  |
| 4 | BMI<18 kg/m2 |  |
| 5 | Mała podaż wapna |  |
| 6 | Niedobór witaminy D |  |
| 7 | Niedobory wapnia lub dieta bogatobiałkowa |  |
| 8 | Palenie tytoniu |  |
| 9 | Alkoholizm |  |
| 10 | Nadmierne spożywanie kawy |  |
| 11 | Siedzący tryb życia |  |
| 12 | Nadczynność przytarczyc |  |
| 13 | Nadczynność kory nadneryczy |  |
| 14 | Nadczynność tarczycy |  |
| 15 | Akromegalia |  |
| 16 | Cukrzyca typu 1 |  |
| 17 | Hiperprolaktynemia |  |
| 18 | Hipogonatyzm |  |
| 19 | Wydzielanie peptydu podobnego do parathormonu (PTHrP) przez nowotwór |  |
| 20 | Choroby układu pokarmowego |  |
| 21 | Stan po resekcji żołądka lub jelit |  |
| 22 | Stan po operacji bariatrycznej |  |
| 23 | Choroby zapalne jelit |  |
| 24 | Przewlekłe choroby wątroby z cholestazą |  |
| 25 | Choroby nerek |  |
| 26 | Choroby reumatyczne |  |
| 27 | Choroby układu oddechowego |  |
| 28 | Choroby szpiku i krwi |  |
| 29 | Hiperwitaminoza A |  |
| 30 | Stan po przeszczepieniu narządów |  |
| 31 | Unieruchomienie |  |
| 32 | Przebyte złamania |  |
| 33 | Sarkopenia |  |
| 34 | Zażywanie leków: glikokortykosteroidy, hormony tarczycy w dużych dawkach, leki przeciwpadaczkowe (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyna (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagoniści witaminy K, cyklosporyna, leki immunosupresyjne w dużych dawkach i inne antymetabolity, żywice wiążące kwasy żółciowe (np. cholestyramina), pochodne tiazolidynodionu (pioglitazon), inhibitory pompy protonowej, leki przeciwretrowirusowe |  |
| **Razem** |  |

1. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Miernik | Liczba lub % osób |
| 1 | Liczba pacjentów włączonych do programu w stosunku do populacji docelowej (13 993) | ….. % |
| 2 | Liczba pacjentów włączonych do programu w stosunku do liczby osób kwalifikujących się do włączenia do Programu (20 125) | ….. % |
| 3 | Liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w zakresie osteoporozy. |  |

1. Liczba personelu zaangażowanego w realizację programu polityki zdrowotnej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Zawód | Liczba |
| 1. | Osoba przyjmująca zgłoszenia i udzielając informacji (sekretarka medyczna) |  |
| 2. | Technik rentgenodiagnostyki  |  |
| 3. | Pielęgniarka |  |
| 4. | Lekarz specjalista w poradni osteoporozy |  |

1. Dodatkowe informacje:

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

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

Załączniki:

1. .................................................................................................................................................................................

2. …………………….................................................................................................................................................

3. .................................................................................................................................................................................

Oświadczam(-y), że:

* 1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora.
	2. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
	3. Osoby wskazane w niniejszym sprawozdaniu zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych do Gminy Miasto Kołobrzeg i zapoznały się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania ich danych osobowych.

Kołobrzeg, ……-12-2022 r.

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

 (podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Realizatora)