Załącznik nr 1 do SWZ

**Opis przedmiotu zamówienia**

1. **Przedmiot zamówienia:**

Usługi świadczeń medycznych w postaci przeprowadzenia szczepień ochronnych   
przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu wraz z konsultacjami lekarskimi kwalifikującymi do szczepień oraz poradami lekarskimi i/lub pielęgniarskimi w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach projektu pn. „*Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego*” o nr WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19 współfinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa Działanie 2.5. Aktywne i zdrowe starzenie się, na rzecz uczestników projektu tj. osobom, które pracują w sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo lub rybactwo (zgodnie z klasyfikacją PKD), w wieku od 18 do 64 lat i są mieszkańcami gmin zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 z późn. zm.) według poniższego podziału:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Część 1 | 800 | osób zamieszkujących gminę Sejny |
| Część 2 | 1200 | osób zamieszkujących gminę Giby |
| Część 3 | 380 | osób zamieszkujących gminę Krasnopol |
| Część 4 | 450 | osób zamieszkujących gminę Puńsk |
| Część 5 | 750 | osób zamieszkujących gminę Dąbrowa Białostocka |
| Część 6 | 600 | osób zamieszkujących gminę Krynki |
| Część 7 | 2000 | osób zamieszkujących gminę Sokółka |
| Część 8 | 1600 | osób zamieszkujących gminę Suchowola |
| Część 9 | 600 | osób zamieszkujących gminę Janów |
| Część 10 | 400 | osób zamieszkujących gminę Korycin |
| Część 11 | 350 | osób zamieszkujących gminę Kuźnica |
| Część 12 | 253 | osób zamieszkujących gminę Nowy Dwór |
| Część 13 | 450 | osób zamieszkujących gminę Sidra |
| Część 14 | 1000 | osób zamieszkujących gminę Szudziałowo |

Świadczenia będą realizowane do 31 sierpnia 2023 r.

1. **Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia dla części 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14**:

Usługa świadczenia medycznego obejmuje:

* 1. kwalifikację uczestnika projektu zgodnie z kryteriami uczestnictwa tj. osoba, która pracuje w sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo lub rybactwo (zgodnie z klasyfikacją PKD), w wieku od 18 do 64 lat i jest mieszkańcem gminy zgodnie z poszczególnymi częściami zawartymi w pkt. 1 Przedmiotu zamówienia;
  2. wykonanie usługi medycznej polegającej na kwalifikacji pacjenta/uczestnika Programu do odpowiedniej grupy ryzyka, ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby odkleszczowe tj. boreliozę z Lyme oraz KZM oraz edukację zdrowotną na podstawie ankiety badania profilaktycznego;
  3. wykonanie usługi medycznej polegającej na przeprowadzeniu badania przedmiotowego każdorazowo przed I, II i III dawką szczepienia (konsultacja lekarska kwalifikująca do szczepień);
  4. zakup 3 dla każdego zakwalifikowanego uczestnika dawek szczepionki przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, w celu uodpornienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu, zawierającej inaktywowany wirus kleszczowego zapalenia mózgu dla osób dorosłych – zawiesina 0,5 ml

Szczepionka powinna być dopuszczona do obrotu i stosowana na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych i materiałów medycznych tj. musi posiadać aktualne świadectwo rejestracyjne, deklarację zgodności lub pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terenie RP produktu leczniczego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (ustawa z dnia 06.09.2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 z późn. zm.);

* 1. wykonanie usługi medycznej polegającej na wykonaniu szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu (I, II i III dawka);
  2. prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości związanej z realizacją usług medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i według potrzeb zamawiającego (tj. przesyłanie list osób poddanych edukacji, osób zaszczepionych z informacją dotyczącą podania I dawki, II dawki i III dawki szczepienia przeciw KZM, wydanie zaświadczenia o zaszczepieniu);
  3. utylizacja materiałów i sprzętu medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, na koszt wykonawcy.

1. **Organizacja realizacji usług medycznych**:
   1. kwalifikacja pacjenta - na podstawie formularza rekrutacyjnego do uczestnictwa w projekcie i oświadczenia uczestnika projektu stanowiących załączniki nr 1 i nr 2 do opisu przedmiotu zamówienia;
   2. ocena czynników ryzyka zachorowań na choroby odkleszczowe - w obecności uprawnionego personelu medycznego uczestnik projektu wypełnia ankietę badania profilaktycznego, stanowiącej załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia;
   3. edukacja zdrowotna uczestnika Programu oraz decyzja, co do dalszego postępowania z uczestnikiem Programu podczas pierwszej wizyty - porada w formie edukacji przeprowadzonej przez uprawniony personel medyczny zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Przewidywany czas porady - 15 min. Porada jest odnotowywana w ankiecie badania profilaktycznego, stanowiącej załącznik nr 3 do opisu przedmiotu zamówienia. Porada w przypadku trwania stanu epidemii może być realizowana w formie teleporady;
   4. przeprowadzenie badania przedmiotowego (konsultacja lekarska kwalifikująca do szczepień) każdorazowo przed każdym szczepieniem - zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
   5. wykonanie szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w III-dawkowym schemacie podania (Zamawiający dopuszcza możliwość zastosowania skróconego schematu szczepienia, zgodnie z kartą produktu). Usługa obejmuje uzyskanie pisemnej zgody od uczestnika projektu na wykonie cyklu szczepień oraz potwierdzenie na piśmie szczepienia zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi oraz złożenie formularza sprawozdawczego dla Zamawiającego zgodnie z załącznikiem nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia.

Uczestnik może być zakwalifikowany do projektu jeden raz (przy czym usługi medyczne przewidziane w formie kwalifikacji do szczepienia będą udzielone 3-krotnie).

1. **Personel medyczny udzielający świadczeń medycznych**:

Do udzielania świadczeń medycznych uprawieni zgodnie z pkt 3 Organizacja realizacji usług medycznych są:

* 1. personel podmiotu leczniczego - w zakresie sprawdzenia poprawności i kompletności danych;
  2. lekarz/ka lub pielęgniarz/ka POZ zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
  3. lekarz/ka lub pielęgniarz/ka POZ zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
  4. lekarze/ki i pielęgniarze/ki posiadające uprawnienia do realizacji szczepień zgodnie z §6 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.),
  5. lekarze/ki lub pielęgniarze/ki posiadające uprawnienia do realizacji szczepień zgodnie z §6 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.).

Zamawiający wymaga aby Wykonawca zatrudniał przez cały okres realizacji usługi na podstawie stosunku pracy osobę/by wykonującą/ce szczepienia tj. dokonująca/ce iniekcji. Weryfikacja warunku nastąpi na podstawie oświadczenia stanowiącego załącznik do umowy.

1. **Miejsce realizacji świadczeń medycznych**:

Podmiot/ty udzielające świadczeń medycznych w postaci przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu wraz z konsultacjami lekarskimi kwalifikującymi do szczepień oraz poradami lekarskimi i/lub pielęgniarskimi w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych powinny spełniać warunki lokalowe oraz posiadać wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze określone w części IV Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540). Oferent zapewni dostępność świadczeń medycznych przez co najmniej 5 dni w tygodniu w godzinach 8.00-18.00. Oferent zapewni, że miejsce w którym będą udzielane świadczenia spełni warunki dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz projektowania z przeznaczeniem dla wszystkich uczestników zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020.

1. **Wymagania jakościowe**:

Zamawiający wymaga aby:

1. przedmiot zamówienia był realizowany przez podmiot leczniczy posiadający wpis do Rejestru Podmiotów Leczniczych Wykonujących Działalność Leczniczą oraz udzielał świadczeń zgodnie z kodem resorowym HC.1.3.1 Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz kod HC.6.3.1. Szczepienia zgodnie z zapisami Załącznika nr 3 Kody Funkcji Ochrony Zdrowia do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173);
2. organizacja usługi oraz zasady zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń opieki zwrotnej były realizowane zgodnie z Ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 540) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595 z późn. zm.);
3. uprawnieni do realizacji przedmiotu umowy w zakresie świadczeń medycznych byli lekarze POZ i pielęgniarki POZ zgodnie z definicją zawarta w Ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 753 z późn. zm.).
4. **Załączniki**:

Załącznik nr 1 Formularz rekrutacyjny

Załącznik nr 2 Oświadczenie uczestnika

Załącznik nr 3 Ankieta badania profilaktycznego

Załącznik nr 4 Formularz sprawozdawczy

Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego |
| Nr projektu | WND-RPPD.02.05.00-20-0021/19 |
| Lider projektu – Województwo Podlaskie,  Partner projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce | |

Kryteria merytoryczne kwalifikujące do udziału w projekcie:

|  |  |
| --- | --- |
| Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe): | |
|  pracownik/ca podmiotu gospodarczego z sekcji gospodarczej rolnictwo, łowiectwo, rybactwo   w wieku 18-64 lata   mieszkaniec województwa podlaskiego | |
| Zatrudniony/a w (nazwa i adres): | NIP lub REGON podmiotu gospodarczego |
|  |  |

1. Informacje o potencjalnym uczestniku/czce

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko | PESEL |
|  |  |  |
| Wykształcenie (zaznaczyć właściwe) | | |
|  gimnazjalne  niższe niż podstawowe  podstawowe  policealne  ponadgimnazjalne  wyższe | | |

1. Dane kontaktowe

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Województwo | Powiat | Gmina |
| PODLASKIE |  |  |
| Miejscowość | Ulica | |
|  |  | |
| Nr budynku | Nr lokalu | Kod pocztowy |
|  |  |  |
| Telefon kontaktowy lub adres e-mail | | |
|  | | |

III. Szczegóły i rodzaj wsparcia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe): | | |
| osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy **w tym:** | osoba długotrwale bezrobotna  inny | |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, **w tym:** | osoba długotrwale bezrobotna  inny | |
|  osoba bierna zawodowo, **w tym:** | osoba pracująca w administracji rządowej  osoba ucząca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniach  inny | |
|  osoba pracująca, **w tym:** | osoba pracująca w administracji rządowej  osoba pracująca w administracji samorządowej  inny  osoba pracująca w MMŚP (małe lub średnie przedsiębiorstwo, zatrudniające poniżej 250 pracowników)  osoba pracująca w organizacji pozarządowej  osoba prowadząca działalność na własny rachunek  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | |
| Wykonywany zawód (zaznaczyć właściwe): | | |
|  nauczyciel kształcenia zawodowego,   nauczyciel kształcenia ogólnego,   nauczyciel wychowania przedszkolnego, pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,   pracownik instytucji rynku pracy,   pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,   rolnik, | |  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,   pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej, pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej, instruktor praktycznej nauki zawodu,  inny |
| Zatrudniony w (nie dotyczy rolników): | | |
|  | | |

1. Informacje dodatkowe

Udzielenie informacji na poniższe pytanie nie jest obowiązkowe (prosimy o zaznaczenie „odmowa odpowiedzi na pytanie”) i nie ma wpływu na proces rekrutacji.

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  tak   nie   odmowa odpowiedzi na pytanie\* |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  tak   nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  tak   nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani) |  tak   nie   odmowa odpowiedzi na pytanie\* |

\* w przypadku zaznaczenia, uczestnik/czka projektu oświadcza, że odmawia udzielna odpowiedzi

*podpis Uczestnika/czki*

|  |  |
| --- | --- |
| Specjalne potrzeby dotyczące uczestnictwa w Projekcie |  |
| Gdzie się Pan/i dowiedział/ła o projekcie |  |

Ja, niżej podpisany/ podpisana, niniejszym oświadczam, że zapoznałem się z Oświadczeniem uczestnika/osoby biorącej udział w realizacji projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| *Data i miejscowość* | *Podpis Uczestnika/czki* |

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/OSOBY BIORĄCEJ UDZIAŁ W REALIZACJI PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do/wzięciem udziału w realizacji projektu pn. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do do czynności/procesów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 jest Województwo Podlaskie reprezentowane przez Marszałka oraz Zarząd Województwa Podlaskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: [kancelaria@wrotapodlasia.pl](mailto:kancelaria@wrotapodlasia.pl), [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl/)). Natomiast w odniesieniu do zbioru danych osobowych przetwarzanych w Centralnym systemie teleinformatycznym wspierającym realizację programów operacyjnych administratorem jest Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego (Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, tel. +48 (22) 25 00 130, e-mail: [kancelaria@mfipr.gov.pl](mailto:kancelaria@mfipr.gov.pl));
2. dane kontaktowe inspektora ochrony danych (e-mail: Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej -[iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl), Województwo Podlaskie - [iod@wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wrotapodlasia.pl),Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku - [iod@wup.wrotapodlasia.pl](mailto:iod@wup.wrotapodlasia.pl), Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce - iod@spzoz.hajnowka.pl );
3. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążący na administratorze art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119) orazwykonanie zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów art. 68a *ustawy wdrożeniowej* – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
4. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji ww. Projektu, w zakresie zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, monitorowania, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 (RPOWP 2014-2020),
5. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej/Pośredniczącej – Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl) beneficjentowi realizującemu projekt Województwu Podlaskiemu (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok, tel. +48 (85) 66 54 549, e-mail: kancelaria@wrotapodlasia.pl, [www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl](http://www.bip.umwp.wrotapodlasia.pl/)), partnerowi projektu – Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Hajnówce ul. Doc. Adama Dowgirda 9, 17-200 Hajnówka oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta oraz mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej RPOWP Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPOWP na lata 2014-2020;
6. podanie danych jest wymogiem ustawowym pozwalającym na realizację celów wymienionych w pkt. 4, niepodanie danych osobowych wyklucza z udziału w ww. Projekcie;
7. kategoriami odbiorców danych są: Instytucje pośredniczące we wdrażaniu RPOWP na lata 2014-2020, Podmioty świadczące usługi IT, Podmioty wykonujące badania ewaluacyjne, osoby upoważnione, operatorzy pocztowi oraz podmioty wykonujące zadania w zakresie archiwizacji;
8. moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z realizacji RPOWP 2014-2020 oraz z przepisów prawa dot. archiwizacji;
9. mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do sprzeciwu;
10. mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
11. moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 rozporządzenia RODO;
12. po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w celu realizacji zadań w zakresie monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno – promocyjnych w ramach RPOWP 2014-2020

|  |  |
| --- | --- |
| Data i miejscowość | Podpis Uczestnika/czki projektu |

Załącznik nr 3

**ANKIETA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO**

**,,Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego”**

**I. Dane ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  |
| Wysokość (cm) |  |
| Masa ciała (kg) |  |

**II. Czynniki ryzyka chorób odkleszczowych**

1. Jak często uczęszcza Pan/i do lasu/na tereny rolne?

|  |  |
| --- | --- |
| a) codziennie | c) raz w miesiącu |
| b) raz w tygodniu | d) sporadycznie |

2. Czy zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 3 | b) nie – proszę przejść do pytania 4 |

3. Jak często zbiera Pan/i owoce runa leśnego i grzyby?

|  |  |
| --- | --- |
| a) codziennie | c) raz w miesiącu |
| b) raz w tygodniu | d) sporadycznie |

4. Czy jest Pan/i świadomy ryzyka chorób odkleszczowych jakie niesie ze sobą przebywanie na terenach leśnych/rolnych?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak | b) nie |

5. Czy stosuje Pan/i środki ochrony przed kleszczami?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 6 | b) nie – proszę przejść do pytania 7 |

6. Jakie środki ochrony przed kleszczami Pan/i stosuje (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)?

|  |  |
| --- | --- |
| a) repelenty | c) dokładne oglądanie ciała po powrocie z lasu |
| b) odzież ochronną | d) inne – proszę wymienić ……………………. |

7. Czy był/a Pan/i kiedykolwiek szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 8 i 9 | b) nie – proszę przejść do pytania 10 |

8. Czy przebył(a) Pan/i pełny cykl szczepień przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę podać ile dawek ……… | b) nie |

9. Kiedy był/a Pan/i szczepiony(a) przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) w tym roku | c) 6-10 lat temu |
| b) 2-5 lat temu | d) powyżej 10 lat temu |

10. Dlaczego Pan/i nie szczepił(a) się przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) zbyt wysoki koszt szczepienia | c) jestem przeciwnikiem szczepień |
| b) nie wiedziałem(am), że istnieje szczepienie | d) inne przyczyny – proszę podać…………….. |

**III. Ekspozycja na pokłucie przez kleszcza**

11. Czy był/a Pan/i kiedykolwiek pokłuty(a) przez kleszcza?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 12 i 13 | b) nie |

12. Ile razy był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza w życiu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) 1 | c) 6-10 |
| b) 2-5 | d) powyżej 10 |

13. Kiedy ostatnio był(a) Pan/i pokłuty(a) przez kleszcza?

|  |  |
| --- | --- |
| a) w ciągu ostatniego miesiąca | c) 3-12 miesięcy temu |
| b) miesiąc – 3 miesiące temu | d) ponad rok temu |

**IV. Wywiad odnośnie przebycia chorób przenoszonych przez kleszcze**

14. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 15 | b) nie – proszę przejść do pytania 16 |

15. Kiedy przebył(a) Pan/i kleszczowe zapalenie mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) w tym roku | c) 6-10 lat temu |
| b) 2-5 lat temu | d) powyżej 10 lat temu |

16. Czy miał/a Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku kleszczowego zapalenia mózgu?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę podać wynik | b) nie |

17. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i boreliozę?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę podać jaką postać boreliozy…………………………..…………….,  a następnie przejść do pytania 18 | b) nie – proszę przejść do pytania 19 |

18. Kiedy przebył(a) Pan/i boreliozę?

|  |  |
| --- | --- |
| a) w tym roku | c) 6-10 lat temu |
| b) 2-5 lat temu | d) powyżej 10 lat temu |

19. Czy miał(a) Pan/i wykonane badania serologiczne w kierunku boreliozy w ostatnim roku?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę podać wynik | b) nie |

20. Czy uważa Pan/i, że borelioza jest chorobą uleczalną?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak | b) nie |

21. Czy kiedykolwiek przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?

|  |  |
| --- | --- |
| a) tak – proszę przejść do pytania 22 | b) nie – proszę przejść do pytania 23 |

22. Kiedy przebył(a) Pan/i inne niż borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu choroby przenoszone przez kleszcze, np. anaplazmoza, babeszjoza?

|  |  |
| --- | --- |
| a) w tym roku | c) 6-10 lat temu |
| b) 2-5 lat temu | d) powyżej 10 lat temu |

23. Skąd czerpie Pan/i wiedzę na temat chorób odkleszczowych?

|  |  |
| --- | --- |
| a) internet | c) lekarz specjalista chorób zakaźnych |
| b) lekarz POZ | d) inne, proszę wymienić jakie………………… |

**V. Obecne dolegliwości**

24. Czy w ostatnich 12 miesiącach zauważył/a Pan/Pani następujące objawy (proszę zaznaczyć które)?

Lista objawów:

|  |
| --- |
| 󠇀 bóle stawów: proszę podać których…………………………………………………………..……. |
| 󠇀 bóle mięśni: proszę podać których………………………………………………..……………….. |
| 󠇀 powiększenie węzłów chłonnych: proszę podać których………………………………………….. |
| 󠇀 wysypka: proszę podać charakter wysypki……………………………………………………...…. |
| 󠇀 utrata masy ciała: proszę podać ile kg…………………………………………………………..…. |
| 󠇀 zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego: proszę podać które: biegunki, zaparcia, domieszkę krwi w kale, zmiana rytmu wypróżnień…………………………………………………………..… |
| 󠇀 kaszel: proszę podać jak często oraz charakter kaszlu: suchy/mokry………………………...…… |
| 󠇀 bóle głowy: proszę podać jak często…………………………………………………………….… |
| 󠇀 gorączka: proszę podać jak często i jak wysoka………………………………………………...…. |
| 󠇀 osłabienie: proszę podać jak długo……………………………………………………………….... |
| 󠇀 zmęczenie: proszę podać jak długo……………………………………………………….……….. |
| 󠇀 wymioty:……………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ocena ryzyka chorób** | |
| 1. ryzyko boreliozy | tak/nie |
| 2. ryzyko kleszczowego zapalenia mózgu | tak/nie |
| 3. brak ryzyka | tak/nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zalecenia dla pacjenta** | |
| 1. Repelenty | tak/nie |
| 2. Odzież ochronna | tak/nie |
| 3. Szybkie usuwanie kleszczy | tak/nie |
| 4. Skierowanie na dalszą diagnostykę i leczenie do poradni specjalistycznej | tak/nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Data i miejscowość | Podpis lekarza/ki POZ lub Podpis pielęgniarza/ki POZ |

|  |
| --- |
| Potwierdzenie przeprowadzonej edukacji dotyczącej profilaktyki chorób odkleszczowych.  Data i miejscowość Podpis Uczestnika Projektu |

Załącznik nr 4

**FORMULARZ SPRAWOZDAWCZY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Umowa nr ZD-II.433.4.2019/3/1………... z dnia ……. | | | | | |
| Podmiot udzielający świadczeń ………….. | | | | | |
| Okres rozliczeniowy (od – do) | | | | | |
| Lp. | PESEL | Zakres udzielonych świadczeń medycznych | | | |
| Data I wizyty | | Data II wizyty (kwalifikacja do szczepienia, szczepienie, iniekcja) | Data III wizyty (kwalifikacja do szczepienia, szczepienie, iniekcja) |
| kwalifikacja do uczestnictwa w projekcie, porada lekarska/pielęgniarska, kwalifikacja do szczepienia | szczepienie, iniekcja |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

…………………………….

Data i podpis Wykonawcy