

.....
(pieczęć podmiotu)

**SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE Z REALIZACJI
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**pn. „Chcemy być rodzicami – program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego
– in vitro dla mieszkańców Mysłowic w latach 2021-2024” w roku 20223**

w okresie od do
określonego w Umowie Nr

zawartej w dniu

złożone przez

.....
(nazwa Zleceniobiorcy)

.....
(data złożenia sprawozdania – wypełnia Zleceniodawca)

CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. Szczegółowy opis wykonania zadania zgodnie z harmonogramem wraz z poszczególnymi działaniami ujętymi w ofercie (ewentualne wyjaśnienie odstępstw lub trudności w jego realizacji) oraz informacją o wystąpieniu zespołów hiperstymulujących, a także przyczynach niepowodzenia zapłodnienia pozaustrojowego.

--

2. Liczbowe określenie skali działań

Lp.	Liczba zakończonych procedur klinicznych, w tym:		
	Konieczne badania laboratoryjne	Badania dodatkowe	Monitorowanie stymulacji jajczkowania w przypadku dawstwa partnerskiego lub dawstwa męskich komórek rozrodczych w dawstwie innym niż partnerskie, oraz ewentualny dobór dawcy nasienia.
Para Nr 1			
Para Nr 2			
Para Nr 3			

Lp.	Liczba zakończonych procedur biotechnologicznych, w tym:					Liczba ciąż	
	Pobranie komórek jajowych	zapłodnienie pozaustrojowe	hodowlę zarodków	transfer zarodków do macicy;	przechowywanie zarodków	Pojedyncza	Mnoga
Para Nr 1							

Para Nr 2							
Para Nr 3							

Lp.	Liczba złożonych wniosków	Liczba par odrzuconych ze względu na negatywny wynik kwalifikacji medycznej	Liczba par biorących udział w programie	Liczba rezygnacji w trakcie realizacji programu

CZĘŚĆ II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z WYKONANIA PROGRAMU

Lp.	KOSZT JEDNOSTKOWY PROCEDURY, W TYM	KOSZT PONIESIONY PRZEZ PARĘ	WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA w zł
Para Nr 1			
Para Nr 2			
RAZEM			

Załącznik:

- wykaz beneficjentów, u których przeprowadzono procedurę zapłodnienia pozaustrojowego (imię i nazwisko, adres zamieszkania).

.....

(podpis osoby uprawnionej)