

.....  
(pieczęć podmiotu)

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE 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 2023**

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 przyczyn 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							

<b>Para Nr 2</b>							
<b>Para Nr 3</b>							

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

3. Skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego IVF/ICSI

<b>Lp.</b>	<b>Brak powstałej ciąży klinicznej</b>	<b>Ciąża kliniczna pojedyncza</b>	<b>Ciąża kliniczna wielopłodowa</b>	<b>Suma transferów</b>	<b>Ciąże kliniczne łącznie</b>	<b>Stosunek liczby ciąż klinicznych do liczby transferów</b>

4. Monitorowanie jakości udzielanych świadczeń na podstawie zbiorczej oceny wyników ankiety satysfakcji, przeprowadzonych z każdą parą objętą programem

a) Ocena rejestracji (w liczbach):

<b>JAK PAN(I) OCENIA</b>	<b>Bardzo dobrze</b>	<b>Dobrze</b>	<b>Przeciętnie</b>	<b>Źle</b>	<b>Bardzo źle</b>
Szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji					
Jakość otrzymanych informacji					
Uprzejmość osób rejestrujących					
Dostępność rejestracji telefonicznej					

b) Opieka lekarska (w liczbach):

<b>JAK PAN(I) OCENIA</b>	<b>Bardzo dobrze</b>	<b>Dobrze</b>	<b>Przeciętnie</b>	<b>Źle</b>	<b>Bardzo źle</b>
Uprzejmość i życzliwość lekarza					
Zainteresowanie pacjentami					
Informacje o przebiegu choroby i sposobie leczenia, profilaktyce					
Poszanowanie prywatności podczas wizyty/badań lekarskich					

c) Opieka pielęgniarska (w liczbach):

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Uprzejmość i życzliwość pielęgniarek / położnych					
Staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki / położne					
Informacje uzyskane od pielęgniarek / położnych					
Poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgniarskich					

d) Warunki panujące w podmiocie leczniczym (w liczbach):

JAK PAN(I) OCENIA	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
Wyposażenie w poczekalni					
Oznakowanie gabinetów					
Czystość					

e) Pozostałe

	TAK	NIE
Czy zetknęła się Pani / zetknął się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel podmiotu?		
Czy w razie konieczności poleciliby Pani / poleciliby Pan podmiot swoim bliskim?		

	Internet	Znajomi / rodzina	TV / prasa	Lekarz / podmiot leczniczy	inne
Z jakiego źródła informacji dowiedziała się Pani / dowiedział się Pan o programie?					

## CZĘŚĆ II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z WYKONANIA PROGRAMU

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

Załącznik:

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

.....

(podpis osoby uprawnionej)