

UMOWA NR /G/2018 - PROJEKT

Z DNIA 2018 ROKU

w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”

pomiędzy:

Województwem Łódzkim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego, w imieniu którego działają:

- **Dariusz Klimczak – Wicemarszałek¹,**
- **Magdalena Amrozik – p.o. Dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej**

(na podstawie Uchwały Zarządu Województwa Łódzkiego Nr 926/17 z dnia 11.07.2017 roku w sprawie: udzielenia upoważnienia ze zmianami), zwanym w dalszej części umowy „Województwem”

a

.....
.....

reprezentowanym przez....., zwanym „Realizatorem Programu”

Na podstawie art. 48, 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w związku z Uchwałą..... w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego” oraz Uchwałą Nr..... w sprawie powołania Komisji Konkursowej oraz ogłoszenia konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”, strony umowy postanawiają, co następuje:

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest realizacja przez Realizatora Programu, programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”, zwanego dalej „**Programem**”, określonego w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

¹ Pan Dariusz Klimczak – Wicemarszałek Województwa Łódzkiego działa jednocześnie w imieniu Marszałka Województwa – Administratora danych osobowych na podstawie upoważnienia do podpisywania umów dotyczących powierzenia przetwarzania danych osobowych osób uczestniczących w zadaniach z zakresu: medycyny pracy, programów polityki zdrowotnej, zdrowia publicznego, ochrony zdrowia zleczanych do realizacji organizacjom pozarządowym oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

2. Szczegółowy zakres i sposób realizacji Programu określa załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Termin realizacji zadania: od 1 września do 30 listopada 2018 r.

§ 2.

1. Strony ustalają następujące kwoty jednostkowe za zrealizowanie poszczególnych świadczeń:
 - 1) Koszt badania kwalifikacyjnego do szczepienia u jednej osoby – zł brutto (słownie złotych brutto: 00/100).
 - 2) Koszt szczepienia przeciwko grypie u jednej osoby – zł brutto (słownie złotych brutto: 00/100).
 - 3) Koszt powtórnego badania kwalifikacyjnego do szczepienia u jednej osoby – zł brutto (słownie złotych brutto: 00/100).

§ 3.

1. Realizator Programu otrzyma wynagrodzenie za wykonane świadczenia zdrowotne do kwotyzł brutto (słownie złotych brutto: 00/100), według stawek określonych w § 2.
2. Realizator Programu zobowiązuje się do wystawienia i przedłożenia faktur za wykonane świadczenia zdrowotne w okresie od 1 września do dnia 30 listopada 2018 roku w nieprzekraczalnym terminie do 7 dni po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego, którym jest jeden miesiąc kalendarzowy.
3. Faktury wystawione w okresie od 1 września do dnia 30 listopada 2018 roku będą płatne przelewem na rachunek bankowy Realizatora Programu wskazany każdorazowo na fakturach, w terminie do 14 dni roboczych licząc od daty doręczenia poprawnie sporządzonej faktury do siedziby Województwa. Za datę zapłaty przyjmuje się datę obciążenia rachunku bankowego Województwa.
4. Do faktur, o których mowa w ust. 3 należy każdorazowo dołączyć rozliczenie merytoryczne i finansowe za dany okres rozliczeniowy sporządzone według wzorów stanowiących załączniki nr 2 i nr 3 do niniejszej umowy. Faktury nie zawierające kompletu załączników zostaną zwrócone Realizatorowi Programu bez realizacji zapłaty, celem uzupełnienia.
5. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek błędów na fakturach oraz w załącznikach nr 2 i 3, o których mowa w ust. 4, Województwo zwróci Realizatorowi Programu dokumenty celem ich poprawienia. Termin płatności liczony będzie od daty ponownego wpływu prawidłowo wystawionego dokumentu.
6. Realizator Programu dostarczy rozliczenia, o których mowa w ust. 4, w formie pisemnej do siedziby Województwa oraz w formie elektronicznej na adres: kinga.kuczynska@lodzkie.pl (wersja edytowalna, w Programie Microsoft Office lub OpenOffice).
7. Faktury należy wystawiać dla Województwa Łódzkiego, kod 90-051, al. Piłsudskiego 8, NIP 725-17-39-344.

§ 4.

Realizator Programu zobowiązuje się do:

- 1) rozpoczęcia realizacji świadczeń w terminie zgodnym z § 1 ust. 3.,
- 2) prowadzenia akcji informacyjno - promocyjnej dotyczącej Programu (np. poprzez zamieszczenie informacji na temat Programu na swojej stronie internetowej) oraz przedstawienia Województwu informacji potwierdzających prowadzenie przedmiotowej akcji (np. wydruki strony internetowej, wycinki gazet, zdjęcia plakatów),
- 3) wskazywania Samorządu Województwa Łódzkiego, jako jedyne źródła finansowania Programu, podczas rozpowszechniania informacji o Programie,
- 4) rejestracji uczestników do udziału w Programie na określony dzień i godzinę,
- 5) realizacji świadczeń u pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego (według lokalizacji podmiotu a nie zamieszkania danej osoby): personelu medycznego niezależnie od specjalizacji i personelu administracyjnego,
- 6) zebrania od uczestników programu ankiet ewaluacyjnych wypełnionych przez pacjentów (załącznik nr 5 do niniejszej umowy), ankiety pozostają w dyspozycji Realizatora Programu,
- 7) dostarczenia do Departamentu Polityki Zdrowotnej zbiorczego zestawienia ankiet stanowiącego załącznik nr 6 do niniejszej Umowy,
- 8) uzupełnienie karty badania zgodnie z załącznikiem nr 7 do umowy (karty badań będą w dyspozycji Realizatora Programu),
- 9) zebrania od uczestników programu oświadczeń stanowiących załącznik nr 8 do umowy (oświadczenia będą w dyspozycji Realizatora Programu),
- 10) prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości statystycznej, na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą,
- 11) przedstawienia Województwu w terminie do 30 dni od daty podpisania niniejszej umowy kserokopii polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na czas trwania umowy, w przypadku, gdy na dzień składania oferty taka umowa nie była zawarta lub przedstawienia kserokopii polisy ubezpieczeniowej odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, w sytuacji, w której na dzień składania oferty polisa nie obejmowała całego okresu obowiązywania umowy.

§ 5.

1. Program będzie realizowany w (dokładny adres udzielania świadczeń)
 - Badanie kwalifikacyjne do szczepienia (powtórne badania kwalifikacyjne): (dni i godziny)
 - Szczepienie przeciwko grypie: (dni i godziny)
2. Rejestracja do Programu będzie się odbywać osobiście oraz telefonicznie pod numerem (miejsce, dni, godziny, numer telefonu do rejestracji).....

§ 6.

1. Realizator Programu zobowiązuje się do realizacji Programu przez personel wskazany w ofercie konkursowej, a w przypadku zmian personelu realizującego Program, przez osoby, których kwalifikacje zawodowe nie są niższe niż określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert. Realizator Programu jest zobowiązany do pisemnego informowania Województwa, o każdej zmianie personelu realizującego Program na podstawie niniejszej umowy przed dokonaniem przedmiotowej zmiany.
2. Realizator Programu oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie realizował Program spełniają wymagania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i nie będzie realizował Programu poza miejscem wskazanym w niniejszej umowie.

§ 7.

1. Realizator Programu zobowiązuje się do zakończenia realizacji Programu w terminie do dnia 30 listopada 2018 roku.
2. Po zakończeniu realizacji Programu Realizator Programu zobowiązuje się do przedłożenia Województwu w terminie do dnia 7 grudnia 2018 roku sprawozdania końcowego z realizacji programu, stanowiącego załącznik nr 4 oraz zbiorczego zestawienia wyników ankiet stanowiącym załącznik nr 6 do umowy.
3. Rozliczenie końcowe, zbiorcze zestawienie ankiet, o których mowa w ust 2. Realizator Programu zobowiązany jest dostarczyć w wersji papierowej do siedziby Województwa oraz w wersji elektronicznej na adres e-mail: kinga.kuczynska@lodzkie.pl (wersja edytowalna, w Programie Microsoft Office lub Open Office).
4. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości w załącznikach, o których mowa w ust. 2 dokumenty zostaną zwrócone, celem ich niezwłocznego poprawienia.

§ 8

W zakresie wykonywania niniejszej umowy Realizator Programu zobowiązuje się do udzielania na wniosek Województwa wszelkich informacji i przedłożenia dokumentów stanowiących podstawę wystawienia faktur, o których mowa w oraz § 3 ust. 2.

§ 9.

1. Realizator Programu ponosi wyłączną odpowiedzialność wobec osób trzecich za szkody powstałe w związku z realizacją zadania
8. Realizator Programu zobowiązuje się do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, w tym w szczególności w zakresie rozdziału 5 tejże ustawy.

§ 10.

1. Nadzór nad prawidłowością wykonania powierzonego zadania sprawuje Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego.
2. Województwo lub osoba przez niego upoważniona może w okresie objętym umową i w okresie 3 lata po jej wygaśnięciu, przeprowadzić w siedzibie Realizatora Programu kontrolę w zakresie:
 - oceny realizacji Programu,
 - celowości i prawidłowości wydatkowania przyznanych środków.

3. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji umowy Województwo informuje na piśmie o stwierdzonych uchybieniach oraz przekazuje wnioski i zalecenia zmierzające do ich usunięcia.
4. Realizator Programu zobowiązuje się w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wniosków i zaleceń pokontrolnych zawiadomić Województwo o ich wykonaniu lub przyczynach niewykonania.

§ 11.

1. Województwo może rozwiązać umowę ze skutkiem natychmiastowym w razie, gdy Realizator Programu:
 - 1) przedstawił nierzetelne lub nieprawdziwe dane i dokumenty, na podstawie, których dokonał rozliczeń,
 - 2) podjął działania sprzeczne z umową,
 - 3) nie wykonał zaleceń pokontrolnych w wyznaczonym terminie,
 - 4) rażąco naruszył przepisy prawa lub postanowienia umowy.
2. W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przystąpienie do realizacji umowy w okresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 Realizator Programu jest zobowiązany do złożenia pisemnego wyjaśnienia. Wyjaśnienie powinno być przedstawione przez Realizatora Programu bez wezwania ze strony Województwa. Treść uzasadnienia może spowodować, iż umowa nie zostanie rozwiązana.

§ 12.

1. W razie nieprzystąpienia lub odstąpienia Realizatora Programu od realizacji umowy z winy leżącej po jego stronie, Realizator Programu zapłaci Województwu karę umowną w wysokości 10% wartości umowy określonej w § 3 ust.1.
2. Kara umowna winna być wpłacona na rachunek Województwa: **Bank Polski Kasa Opieki S.A. XI O/ Łódź Nr 62 1240 3073 1111 0010 0269 0860** w terminie do 14 dni od daty otrzymania przez Realizatora Programu noty księgowej, wystawionej przez Województwo.
3. W przypadku niezachowania terminu wpłaty kary umownej, od wymaganej kwoty zostaną naliczone odsetki w wysokości określonej, jak dla zaległości podatkowych do dnia zapłaty.

§ 13.

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności uniemożliwiające jej realizację w całości lub części, na które strony nie miały wpływu, będzie to podstawą do wystąpienia każdej ze stron o renegotjację warunków umowy.

§ 14.

Zakazuje się zbywania na rzecz osób trzecich wierzytelności wynikających z niniejszej umowy.

§ 15.

Umowa zostaje zawarta na czas określony i obowiązuje od dnia jej zawarcia do dnia wypełnienia wszystkich zobowiązań Stron w niej zapisanych i po całkowitym rozliczeniu zadania.

§ 16.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową, zastosowanie mają w szczególności przepisy ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 roku, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

§ 17.

Wszelkie spory między Stronami mogące wyniknąć w związku z realizacją niniejszej umowy będą rozpatrywane przez sąd właściwy miejscowo dla siedziby Województwa.

§ 18.

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu, pod rygorem nieważności.
2. Realizator Programu zobowiązany jest do powiadomienia Województwa w ciągu 5 dni o zmianie nazwy i siedziby.

§ 19.

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Województwa i jeden dla Realizatora Programu.

Województwo:

Realizator Programu:

.....
pieczęć Realizatora Programu

ZAŁĄCZNIK NR 2 - SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

do Umowy Nr /G/2018 z dnia.....2018 r.

w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”

za okres.....

nazwa Realizatora Programu.....

Imię i Nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie przedstawionych danych

Tabela nr 1

L.p.	Pesel uczestnika Programu	Data badania kwalifikacyjnego do szczepienia (dd.mm.rrrr)	Zalecany dalszy sposób postępowania*			Data szczepienia (dd.mm.rrrr)	
			Brak przeciwwskazań do szczepienia*	Czasowe przeciwwskazanie do szczepienia*	Data powtórnego badania kwalifikacyjnego, wyznaczonego w związku z czasowym przeciwwskazaniem do szczepienia (dd.mm.rrrr)**		Trwałe przeciwwskazanie do szczepienia *
kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4	kol. 5	kol. 6	kol. 7	kol. 8
Ogółem							

*wpisać X - jeśli dotyczy lub N.D. jeśli nie dotyczy

** wpisać datę (dd.mm.rrrr) jeśli został wyznaczony kolejny termin wizyty lub N.D. jeśli nie dotyczy

Liczba badań lekarskich kwalifikacyjnych do szczepienia	
Liczba powtórných badań kwalifikacyjnych, wyznaczonych w związku z czasowym przeciwwskazaniem do szczepienia	
Liczba szczepień	

.....
czytelny podpis osoby
upoważnionej lub parafka i

.....
pieczęć Realizatora Programu

ZAŁĄCZNIK NR 3 - SPRAWOZDANIE FINANSOWE

do Umowy Nr/G/2018 z dnia.....2018 r.

w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”

za okres.....

nazwa Realizatora Programu.....

.....
Imię i Nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie przedstawionych danych

Tabela nr 1 Koszty świadczeń realizowanych w ramach Programu

L.p.	Konsultacja	Liczba zrealizowanych świadczeń	Koszt jednego świadczenia w zł, zgodnie z umową	Koszt świadczeń ogółem w zł
<i>kol. 1</i>	<i>kol. 2</i>	<i>kol. 3</i>	<i>kol. 4</i>	<i>kol. 5=kol. 3 x kol. 4</i>
1	Badanie kwalifikacyjne do szczepienia wraz z edukacją zdrowotną			
2	Powtórne badanie kwalifikacyjne, wyznaczone w związku z czasowym przeciwskazaniem do szczepienia			
3	Szczepienie			
RAZEM				

Tabela Nr 2 Wykorzystanie środków finansowych

Wysokość przyznanych środków finansowych, zgodnie z zawartą umową (zł)	Koszt świadczeń od początku realizacji Programu (zł)	Różnica między wysokością przyznanych środków finansowych, a kosztem świadczeń od początku realizacji Programu (zł)
<i>kol. 1</i>	<i>kol. 2</i>	<i>kol. 3= kol. 1 - kol. 2</i>

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej lub parafka i
pieczęć

.....
pieczęć Realizatora Programu

ZAŁĄCZNIK NR 4 - SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE KOŃCOWE

do Umowy Nr/G/2018 z dnia2018 r.

w sprawie realizacji programu polityki i zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”
za okres.....

nazwa Realizatora Programu.....

.....
Imię i Nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie przedstawionych danych

Tabela nr 1 Zestawienie merytoryczno - finansowe

okresy rozliczeniowe	Badanie kwalifikacyjne do szczepienia				Szczepienie			Koszt ogółem w zł	
	liczba		koszt pierwszego badania	koszt powtórnego badania	koszt wizyt ogółem w zł	liczba	koszt jednego szczepienia		koszt szczepień ogółem w zł
	pierwsze	powtórne							
kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4	kol. 5	kol. 6= (kol. 2 x kol.4) + (kol. 3x kol. 5)	kol. 7	kol. 8	kol. 9 = kol.7 x kol.8	kol. 10 = kol.6 + kol.9
Ogółem									

Tabela Nr 2 Wykorzystanie środków finansowych

Wysokość przyznanych środków, zgodnie z zawartą umową (zł)	Wysokość środków wydatkowanych od początku realizacji Programu z budżetu SWŁ (zł)	Wysokość niewykorzystanych środków z budżetu SWŁ (zł)
kol.1	kol.2	kol.3=kol.1-kol.2

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej lub

Ankieta uczestnika Programu

Szanowni Państwo,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Państwa opinii, sugestii oraz uwag na temat **Programu szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego**, w którym Państwo uczestniczyli. Otrzymane informacje pomogą na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. Ankieta jest anonimowa.

Płeć:

kobieta

mężczyzna

1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą z województwa łódzkiego?

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

5. Po przeprowadzonej edukacji w ramach Programu Pani/Pana wiedza na temat profilaktyki grypy jest:

zdecydowanie wyższa
raczej wyższa
taka sama
raczej niższa
zdecydowanie niższa

6. **Czy uważa Pani/Pan, że regularne szczepienia przeciw grypie sezonowej są ważne, aby zapobiegać grypie i jej ewentualnym powikłaniom w populacji ?**

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

7. **Czy po udziale w Programie wzrosła Pana/Pani motywacja do szczepienia się przeciwko grypie w kolejnych latach ?**

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

Dodatkowe Pytanie dla personelu medycznego:

8. **Czy po udziale w Programie wzrosła Pana/Pani motywacja do promowania szczepień przeciwko grypie wśród swoich pacjentów w kolejnych latach ?**

zdecydowanie tak
raczej tak
trudno powiedzieć
raczej nie
zdecydowanie nie

Miejsce na dodatkowe uwagi dotyczące realizacji Programu:

.....
data

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

ZAŁĄCZNIK NR 6 - ZBIORCZE ZESTAWIENIE ANKIET
do Umowy Nr/G/2018 z dnia2018 r.
w sprawie realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego”

.....
pieczęć Realizatora Programu

za okres.....
nazwa Realizatora Programu.....
.....
Imię i Nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu w sprawie przedstawionych danych

Tabela nr 1 - w kolumny należy wpisać wartość ogólną (sumę odpowiedzi) ze wszystkich ankiet

		1. Czy Pani/Pana zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?	2. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielenia świadczeń w ramach Programu?	3. Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?	4. Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?	5. Po przeprowadzonej edukacji w ramach Programu Pani/Pana wiedza na temat profilaktyki grypy jest:	6. Czy uważa Pani/Pan, że regularne szczepienia przeciw grypie sezonowej są ważne, aby zapobiegać grypie i jej ewentualnym powikłaniom w populacji ?	7. Czy po udziale w Programie wzrosła Pana/Pani motywacja do szczepienia się przeciwko grypie w kolejnych latach ?	8. Czy po udziale w Programie wzrosła Pana/Pani motywacja do promowania szczepień przeciwko grypie wśród swoich pacjentów w kolejnych latach ?
Płeć	K	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie wyższa	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak
	M	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	taka sama	raczej nie	raczej nie	trudno powiedzieć
		raczej nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie niższa	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie
		raczej tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	zdecydowanie tak	raczej niższa	raczej tak	raczej tak	raczej tak
		trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	zdecydowanie wyższa	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć	trudno powiedzieć
		zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie wyższa	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie	zdecydowanie nie
Ogółem									

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej lub parafka i

.....
nazwa/pieczęć realizatora Program

Karta badania

**Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla pracowników podmiotów
wykonujących działalność leczniczą z terenu województwa łódzkiego**

Imię i nazwisko pacjenta :

PESEL lub data urodzenia:

Nr telefonu:

LEKARSKIE BADANIE KWALIFIKACYJNE

Pacjent należy do:

personelu medycznego PWDL* pozostałego personelu PWDL*

Czy w poprzednim roku pacjent chorował na grypę lub infekcję grypopodobną?

TAK NIE

Jeśli TAK, czy po infekcji wystąpiły powikłania?

TAK NIE

Czy w poprzednim roku pacjent był szczepiony przeciwko grypie?

TAK NIE

Jeśli TAK, czy po szczepieniu wystąpiły niepożądane odczyny?

TAK NIE

Jeśli TAK, jakie?

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

Dodatkowe uwagi (np. stwierdzone przeciwwskazania itp.)

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

*PWDL – podmiot wykonujący działalność leczniczą

W wyniku przeprowadzonego lekarskiego badania kwalifikacyjnego stwierdzono:

- brak przeciwwskazań** do szczepienia przeciwko grypie w okresie do 24h od niniejszego badania

- przeciwwskazania** do wykonania szczepienia przeciwko grypie.

.....
data
badanie

.....
podpis os. przeprowadzającej

SZCZEPIENIE

Oświadczenie pacjenta:

- Wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciwko grypie

.....
Podpis pacjenta

- Zostałem poinformowany o możliwości wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego.

.....
Podpis pacjenta

Szczepionkę przeciwko grypie podano:

TAK NIE

Dodatkowe uwagi (np. nazwa, dawka podanej szczepionki)

.....
.....

.....
data

.....
podpis os. wykonującej szczepienie

EDUKACJA

Przeprowadzono edukację/wydano materiały edukacyjne:

TAK NIE

Dodatkowe uwagi (np. rodzaj materiałów edukacyjnych przekazanych pacjentowi):

.....
.....

.....
data

.....
podpis os. przeprowadzającej
edukację

.....
pieczęć Realizatora Programu

Załącznik nr 8 do Umowy
Nr .../G/2018 z dnia2018 roku

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem pracownikiem podmiotu wykonującego działalność leczniczą
zlokalizowanego na terenie województwa łódzkiego.

.....
(miejsowość, data)

.....
Podpis

Kapala