Załącznik 1

**Zaświadczenie o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym w „Programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stepnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2018-2022”** (wzór)

|  |
| --- |
| *(pieczęć nagłówkowa podmiotu)*  W wyniku przeprowadzonego w dniu ………….….. o godz. …………. lekarskiego badania kwalifikacyjnego zaświadcza się, że:  u Pana/i ........................................................... urodzonego/ej w dniu ................................. zamieszkałego/ej w ......................................................................................................................................................................  nr PESEL\* .....................................................  □ stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie  □ stwierdzono następujące przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia ochronnego przeciw grypie:  ..........................................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  DODATKOWE UWAGI LUB ZALECENIA LEKARZA:  ..........................................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  ......................................, dnia ................................  *(miejscowość) (data)*    …………................................  *(pieczęć i podpis lekarza)*  *\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL* |

Załącznik 2

**Karta uodpornienia uczestnika „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stepnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2018-2022”** (wzór)

I. Dane uczestnika

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Data urodzenia |
| Imię |  | …… / …… / ……  *(dzień/miesiąc/rok)* |
| Nr PESEL\* |  |

II. Zgoda na wykonanie szczepienia

Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie**.

…………................................

*(data i podpis pacjenta)*

III. Potwierdzenie wykonania szczepienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa szczepionki | Nr serii szczepionki | Data wykonania szczepienia | Podpis osoby wykonującej szczepienie |
|  |  |  |  |

IV. Niepożądane odczyny poszczepienne

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj odczynu | Data wystąpienia |
|  |  |

*\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

Załącznik 3

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych szczepień w ramach „Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stepnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2018-2022”** (wzór)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych wg informacji  zawartych w zaświadczeniach o przeprowadzonych lekarskich badaniach kwalifikacyjnych oraz w kartach uodpornienia przechowywanych przez składającego sprawozdanie  za okres sprawozdawczy  od ……..…….. do …………… | Adresat:  Urząd Miasta i Gminy Stepnica |
|  | Sprawozdanie należy  przekazać w terminie  14 dni po okresie  sprawozdawczym |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie | Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień | Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień | Liczba zaszczepionych pacjentów | Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych |
|  |  |  |  |  |

......................................, dnia ................................

*(miejscowość) (data)*

…………................................

*(pieczęć i podpis osoby*

*działającej w imieniu sprawozdawcy)*

Załącznik 4

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stepnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2018-2022** (wzór)

I. Ocena rejestracji

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |  |  |  |  |  |
| uprzejmość osób rejestrujących? |  |  |  |  |  |
| dostępność rejestracji telefonicznej? |  |  |  |  |  |

II. Ocena wizyty lekarskiej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość lekarza? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas wizyty? |  |  |  |  |  |
| staranność i dokładność wykonywania badania? |  |  |  |  |  |
| sposób przekazania informacji dot. grypy i jej powikłań? |  |  |  |  |  |
| sposób przekazania informacji dot. metod zapobiegania grypie, w tym poprzez szczepienia ochronne? |  |  |  |  |  |

III. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie szczepienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas szczepienia? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania szczepienia? |  |  |  |  |  |

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |  |  |  |  |  |
| dostęp i czystość w toaletach? |  |  |  |  |  |
| oznakowanie gabinetów? |  |  |  |  |  |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |