

ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Gminy Kamieński

TAK NIE

Adres zamieszkania:

2. Jestem w wieku od 65. lat

PESEL.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

TAK NIE

4. Po zakończeniu programu wyrażam zgodę na kontakt celem przeprowadzenia ewaluacji programu – sprawdzenie skuteczności zdrowotnej szczepionki.

TAK NIE

Numer telefonu komórkowego:.....

Adres e-mail:

Wypełniają osoby uczestniczące w programie po raz następny (tj. w poszczególnych latach trwania programu)

Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y z powodu grypy po uczestnictwie w programie w latach poprzednich:

TAK - w roku, NIE

Czy działania informacyjno - edukacyjne spowodowały, że członkowie rodziny, znajomi - poza programem, na własny koszt zaszczepili się przeciw grypie:

TAK* NIE* NIE WIEM*

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie.

Osoba reprezentująca Instytucję Zarządzającą:

.....
Data i czytelny podpis

pieczętka

BURMISTRZ
Fundacji Pawłowski

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....
(nazwa programu)

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

PESEL....., nr telefonu komórkowego.....

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis

pieczętka

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej (nazwa programu)

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: lub pisemnie na adres:
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej (nazwa programu).
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcą danych jest podmiot, któremu Administrator zlecił realizację Programu.

.....
Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki programu

BURMISTRZ


Ryszard Pawłowski

4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

Test sprawdzający poziom wiedzy uczestników programu polityki zdrowotnej

1. **Grypa to choroba**
 - bakteryjna
 - wirusowa
 - pasożytnicza
 - nie wiem/nie pamiętam
2. **Do najczęstszych objawów grypy należą**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - wysoka gorączka
 - dreszcze
 - biegunka
 - suchy kaszel
 - katar
 - halucynacje
 - ból głowy
 - ból mięśni
 - ogólne „rozbitcie” organizmu
3. **Grypą można się zakazić drogą:**
 - powietrzno-kropelkową
 - pokarmową
 - zadrapanie/ugryzienie
 - wodną
 - brudnych rąk
 - nie wiem/nie pamiętam
4. **Leczenie grypy polega na:**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - stosowaniu antybiotyków
 - stosowaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (np. paracetamol, ibuprofen)
 - stosowaniu witamin
 - innejakie?.....
5. **Do najczęstszych powikłań grypy należą**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - zapalenie oskrzeli
 - zapalenie pęcherza moczowego
 - zapalenie płuc
 - zapalenie ucha środkowego
 - kamica nerkowa
 - zapalenie zatok
 - nie wiem/nie pamiętam
6. **Zachorowania na grypę są szczególnie niebezpieczne dla**
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
 - dzieci
 - młodzieży
 - dorosłych
 - osób w wieku podeszłym
 - osób chorujących na wszelkie choroby przewlekłe
 - nie wiem/nie pamiętam
7. **Jak często należy szczepić się przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dziesięć lat
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
8. **Jak często szczepisz się przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamiętam
9. **Jak często szczepią się członkowie twojej rodziny przeciwko grypie?**
 - co roku
 - co dwa lub trzy lata
 - co pięć lat
 - co dekadę
 - raz w życiu
 - nie wiem/nie pamięta

BURMISTRZ

Andrzej Pawłowski

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO - FINANSOWE
Z WYKONANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pod nazwą „Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców
gminy Kamięnsk od 65 roku życia
w okresie od 2022 r. do 31 .12.2022 r.

1. Przebieg kampanii informacyjnej oraz spotkań edukacyjnych, poniesione koszty.

.....

2. Liczba otrzymanych wniosków uczestnictwa

3. Liczba uzyskanych zgód na udział w programie

4. Liczba osób u których wykonano pre-test

5. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne)

6. Liczba zaszczepionych osób

tym kobiet i mężczyzn

7. Liczba osób u których wykonano post-test

**8. Liczba zaobserwowanych podejrzeń
lub stwierdzeń niepożądanych odczynów
poszczepiennych**

9. Poniesione koszty na realizację zadania

Lp.	LICZBA SZCZEPIEŃ	CENA JEDNOSTKOWY	KOSZT CAŁKOWITY

słownie:

10. Program realizowało lekarzy, pielęgniarek.

11. Efekty Programu:

12. Uwagi

.....

.....

Data

Podpis i pieczętka Realizatora

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski