

Załącznik 15 - Wzór Sprawozdania merytorycznego z realizacji Programu
za dany okres należy przesać na adres: efs.zdrowie@lodzkie.pl

Lp.		1	2	...
Rok urodzenia	(rrrr-mm-dd)			
Płeć	K-1; M-0			
lekarz POZ ¹⁾	zalecenie udziału w Programie	tak-1; nie-0		
I rehabilitacyjna porada lekarska ²⁾	BMI	kg/m ²		
	aktywność fizyczna	0-10		
	ból	0-10		
	kwalifikacja do Programu	tak-1; nie-0		
	rozpoznanie	ICD 10		
kolejne działania w ramach Programu ³⁾	rehabilitacja (zabiegi fizjoterapeutyczne)			
	warsztaty psychoedukacyjne			
II rehabilitacyjna porada lekarska ⁴⁾	BMI	kg/m ²		
	aktywność fizyczna	0-10		
	ból	0-10		
	czy regularna aktywność fizyczna może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej ⁵⁾	zdecydowanie tak: 4, raczej tak: 3, trudno powiedzieć: 2, raczej nie: 1, zdecydowanie nie: 0		
	czy zdrowe odżywianie może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej ⁶⁾	zdecydowanie tak: 4, raczej tak: 3, trudno powiedzieć: 2, raczej nie: 1, zdecydowanie nie: 0		
III rehabilitacyjna porada lekarska ⁷⁾	BMI	kg/m ²		
	aktywność fizyczna	0-10		
	ból	0-10		
	poprawa jakości życia	tak-1; nie-0		
	czy regularna aktywność fizyczna może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej ⁵⁾	zdecydowanie tak: 4, raczej tak: 3, trudno powiedzieć: 2, raczej nie: 1, zdecydowanie nie: 0		
	czy zdrowe odżywianie może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej ⁶⁾	zdecydowanie tak: 4, raczej tak: 3, trudno powiedzieć: 2, raczej nie: 1, zdecydowanie nie: 0		
	motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia (w porównaniu do motywacji przed zajęciami) ⁸⁾	zdecydowanie wyższa: 4, raczej wyższa: 3, taka sama: 2, raczej niższa: 1, zdecydowanie niższa: 0		

I sprawozdanie dotyczy pacjentów, którzy zakończyli udział w Programie w okresie od: daty zawarcia umowy na realizację Programu do dn. 31.03.2019 r. Sprawozdanie należy przekazać do dn. 30.04.2019 r. w arkuszu kalkulacyjnym Excel lub innym równoważnym.

II sprawozdanie dotyczy pacjentów, którzy zakończyli udział w Programie w okresie od: 1.04.2019 r. do dn. 31.03.2020r. Sprawozdanie należy przekazać do dn. 30.04.2020 r. w arkuszu kalkulacyjnym Excel lub innym równoważnym.

III sprawozdanie dotyczy pacjentów, którzy zakończyli udział w Programie w okresie od: 1.04.2020 r. do dnia zakończenia realizacji projektu. Sprawozdanie należy przekazać w terminie 30 dni od daty zakończenia realizacji projektu, jednak nie później niż do dn. 31.01.2021 r. w arkuszu kalkulacyjnym Excel lub innym równoważnym.

UWAGA: Należy wykazać jedynie pacjentów, którzy zakończyli udział w Programie w danym okresie sprawozdawczym

Dodatkowo proszę podać:

Najczęstsze przyczyny braku uczestnictwa/rezygnacji pacjentów z Programu (maksymalnie 3):

- 1) na podstawie załącznika A (zalecenia udziału w Programie wystawione przez lekarza POZ)
- 2) na podstawie załącznika B (karta pacjenta nr 1)
- 3) proszę wpisać liczbę warsztatów/zabiegów, w których uczestniczył pacjent
- 4) na podstawie załącznika D (karta pacjenta nr 2)
- 5) na podstawie ankiety (załącznik C, pyt. nr 6)
- 6) na podstawie ankiety (załącznik C, pyt. nr 7)
- 7) na podstawie załącznika D (karta pacjenta nr 2)
- 8) na podstawie ankiety (załącznik C, pyt. nr 8)