

**Załącznik nr 15**

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**

z realizacji "Programu zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2"  
za okres sprawozdawczy od .....do.....

Nazwa Beneficjenta realizującego Program:.....

Imię i Nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie w imieniu Beneficjenta.....

*Tabelę należy wypełnić wyłącznie w edytowalnej wersji elektronicznej w formacie Excel lub tożsamym i przesłać na adres efs.zdrowie@lodzkie.pl.*

*Sprawozdanie za I okres sprawozdawczy (od daty zawarcia umowy do 31.12.2018 r.) należy przesłać w terminie do dnia 31 stycznia 2019 roku  
Sprawozdanie za II okres sprawozdawczy (od 1.01.2019 do 31.12.2019 r.) należy przesłać w terminie do dnia 31 stycznia 2020 roku, a w przypadku projektów kończących się w trakcie 2019 r. – 30 dni od daty zakończenia realizacji projektu.*

*Sprawozdanie za III okres sprawozdawczy (od 1.01.2020 do daty zakończenia realizacji projektu) należy przesłać do dnia 31 stycznia 2021 roku, a w przypadku projektów kończących się w trakcie 2020 r. – 30 dni od daty zakończenia realizacji projektu.*

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

L.p.	Rok urodzenia	Płeć	Etap badań przesiewowych										Etap działań informacyjno-edukacyjnych					
			BMI (kg/m2)	Suma pkt uzyskanych w kwestionariuszu FINDRISC	Wartość glikemii na czczo (mg/dl) pierwszy pomiar	Wykonano ponowne oznaczenie glikemii tak - 1, nie - 0	Wykonano OGTT tak - 1, nie - 0	Rozpoznanie*				Liczba porad diabetologicznych, udzielonych uczestnikowi (dotyczy osób ze stanem przedcukrzycowym i cukrzycą)	Liczba szkoleń grupowych, w których wziął udział uczestnik	Liczba porad dietetycznych udzielonych uczestnikowi	Suma punktów uzyskanych w pierwszym teście wiedzy, stanowiącym zał. 3 do Programu	Suma punktów uzyskanych w drugim teście wiedzy, stanowiącym zał. 3 do Programu	Wartość glikemii na czczo (mg/dl) - mierzonej przed drugą wizytą diabetologiczną	BMI (kg/m2) pomiar na drugiej wizycie diabetologicznej
								Hipoglikemia	Prawidłowa glikemia na czczo	Stan przedcukrzycowy	Cukrzyca							
1																		
2																		
...																		

\* wpisać 1 przy właściwym rozpoznaniu

**Dodatkowo proszę podać:**

Liczbę grup szkoleniowych

Liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania w podziale na poszczególne etapy z podaniem przyczyn rezygnacji

Jeżeli w danym okresie sprawozdawczym Beneficjent realizował dodatkowe (nieobligatoryjne) działania świadomościowe skierowane do mieszkańców województwa łódzkiego (o których mowa na str. 40-41 Programu), do powyższego sprawozdania należy dołączyć krótki opis tych działań, z podaniem terminu i miejsca organizacji, liczby uczestników).

**ZBIORCZE ZESTAWIENIE ANKIET**

określonych w załączniku 4 do "Programu zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2" za okres sprawozdawczy od .....do.....

Nazwa Beneficjenta realizującego Program:.....

Imię i Nazwisko osoby sporządzającej sprawozdanie w imieniu Beneficjenta.....

Tabelę należy wypełnić wyłącznie w edytowalnej wersji elektronicznej w formacie Excel lub tożsamym i przesłać na adres [efs.zdrowie@lodzkie.pl](mailto:efs.zdrowie@lodzkie.pl)

Sprawozdanie za I okres sprawozdawczy (od daty zawarcia umowy do 31.12.2018 r.) należy przesłać w terminie do dnia 31 stycznia 2019 roku  
 Sprawozdanie za II okres sprawozdawczy (od 1.01.2019 do 31.12.2019 r.) należy przesłać w terminie do dnia 31 stycznia 2020 roku, a w przypadku projektów kończących się w trakcie 2019 r. – 30 dni od daty zakończenia realizacji projektu.

Sprawozdanie za III okres sprawozdawczy (od 1.01.2020 do daty zakończenia realizacji projektu) należy przesłać do dnia 31 stycznia 2021 roku, a w przypadku projektów kończących się w trakcie 2020 r. – 30 dni od daty zakończenia realizacji projektu.

Lp.	Pytanie	Odpowiedź	Liczba osób, które udzieliły danej odpowiedzi
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
2	Czy wzięłby Pan/wzięłaby Pani ponownie udział w podobnym Programie?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
3	Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
<b>ETAP BADAŃ PRZESIEWOWYCH</b>			
4	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń (konsultacji z lekarzem oraz przeprowadzonych badań) w Programie (pod względem czasu oczekiwania na wizytę, godzin udzielania świadczeń, warunków lokalowych itd.?)	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
5	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
<b>ETAP DZIAŁAŃ INFORMACYJNO-EDUKACYJNYCH</b>			
<b>Ocena szkoleń grupowych</b>			
6	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu prowadzenia szkoleń grupowych (biorąc pod uwagę umiejętności przekazywania wiedzy przez prowadzącego oraz utrzymania zainteresowania słuchaczy, otwartość na pytania, znajomość tematu, itd.)?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
7	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji szkoleń grupowych (biorąc pod uwagę czas trwania szkoleń, warunki lokalowe)?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
8	Czy uważa Pan/Pani, że przez udział w szkoleniach grupowych poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę o cukrzycy i zdrowym stylu życia?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
<b>Ocena konsultacji diabetologicznych</b>			
9	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z możliwości skorzystania z konsultacji diabetologicznych w niniejszym Programie?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
10	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji konsultacji diabetologicznych w Programie (pod względem czasu oczekiwania na wizytę, godzin udzielania świadczeń, itd.?)	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
11	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia lekarza przeprowadzającego konsultacje (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
<b>Ocena konsultacji dietetycznych</b>			
12	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z możliwości skorzystania z porad dietetyka w niniejszym Programie?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
13	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji konsultacji dietetycznych w Programie (pod względem czasu oczekiwania na wizytę, godzin udzielania świadczeń, itd.?)	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	
14	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia dietetyka (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?	zdecydowanie tak	
		raczej tak	
		raczej nie	
		zdecydowanie nie	
		trudno powiedzieć	