Fundusze Europejskie Wiedza Edukacja Rozwój | Rzeczpospolita Polska | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Szanowni Państwo,

W związku z Państwa udziałem w „Programie profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" jesteśmy zobowiązani do przekazywania Instytucji Pośredniczącej (Ministerstwu Zdrowia) danych dotyczących Uczestników Projektu. **Dane są przetwarzane jedynie na potrzeby projektu.** Przekazanie danych jest zgodne z Oświadczeniem Uczestnika Projektu. Formularz prosimy wypełnić czytelnie/ drukowanymi literami.

Projekt jest skierowany do osób aktywnych zawodowo w wieku od 15 lat zamieszkujących województwa: mazowieckie i łódzkie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji"

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej V. Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne - Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, na podstawie umowy nr POWR.05.01.00-00-0005/20, realizowanego na terenie województw mazowieckiego i łódzkiego. Program realizowany w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).

Dane uczestnika Projektu

Imię (imiona)		
Nazwisko		
Data urodzenia		
PESEL		
Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
Wykształcenie	☐ podstawowe (ISCED1) ☐ gimnazjalne (ISCED2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED3) (średnie/zasadnicze zawodowe) ☐ policealne (ISCED4) ☐ wyższe (ISCED5 – ISCED8) ☐ inne, jakie……..	

Dane kontaktowe uczestnika Projektu

Kraj		
Województwo	☐ łódzkie	☐ mazowieckie
Powiat		
Gmina		
Miejscowość		

Projekt „Program profilaktyki przewlekłych chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ulica, numer budynku	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu	☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[1] ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[2] ☐ Osoba bierna zawodowo ☐ Osoba bierna zawodowo w trakcie poszukiwania pracy (OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU dotyczące gotowości podjęcia/kontynuowania zatrudnienia) ☐ Osoba pracująca Wykonywany zawód: ..... Nazwa miejsca pracy: .....
Miejsce zatrudnienia osoby w chwili przystąpienia do projektu	☐ w administracji rządowej ☐ w administracji samorządowej ☐ w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie ☐ w dużym przedsiębiorstwie ☐ w organizacji pozarządowej ☐ prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne .....
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba z niepełnosprawnościami (potwierdzone orzeczeniem o niepełnosprawności)	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej[3]	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa odpowiedzi

[1]**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba bezrobotna (tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia) jednak niepozostająca w rejestrach urzędów pracy. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

[2]**Osoba bezrobotna** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osobę zarejestrowaną jako bezrobotną zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełnia ona wszystkich trzech kryteriów. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

[3]**Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną**, np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że

1. Przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
2. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pt. „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" realizowanym przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w partnerstwie z Fundacją Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE).
3. Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia. Działanie 5.1. Programy profilaktyczne, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. Zobowiązuję się do przekazywania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu Projektu.
5. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej) oraz zobowiązania do pisemnego potwierdzenia odmowy podania w/w danych.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Projektodawcy o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych oraz innych informacji wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym.

Oświadczam, że wszystkie zawarte w formularzu informacje są prawdziwe.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA* PROJEKTU*

Wypełnia członek personelu Projektu

Data przyjęcia dokumentów rekrutacyjnych.....

Data przyjęcia uczestnika do Projektu.....

Podpis koordynatora.....

*w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(uwzględnia obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pt. **„Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" nr umowy POWR.05.01.00-00-0005/20** przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
   a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
   b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn.zm.),
   c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
   d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane w zbiorach „Program Operacyjny Wiedza Edukacja, Rozwój", „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizacje programów operacyjnych".
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. **„Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji"**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
5. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Ministerstwo Zdrowia**, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15, Beneficjentowi realizującemu Projekt - **Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med.**

Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1, partnerowi realizującemu projekt - **Fundacja Aktywności Społeczno-Ekonomicznej (FASE),** 02-972 Warszawa, ul. Adama Branickiego 14/3 oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom świadczącym na rzecz Instytucji Zarządzającej usługi związane z obsługą i rozwojem systemów teleinformatycznych.

6. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione organom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
7. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
8. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
9. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
12. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
13. Mogę skontaktować się u beneficjenta z osobą, która odpowiada za ochronę przetwarzania danych osobowych -z Inspektorem Ochrony Danych- wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: Dariusz Skowera - sekretariat.dyrektora@spartanska.pl lub z powołanym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej iod@mfipr.gov.pl.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. Jeżeli spełnione są przesłanki o kreślone w art. 16 i 18 RODO.
15. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie oraz monitoringu moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko, PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze: „Zbiór danych osobowych z ZUS". Dla tego zbioru mają zastosowanie informacje jak powyżej[1]

.....	.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU * /podpisano elektronicznie/**

* w przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna
** niepotrzebne skreślić

[1] Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy w ramach Działania 1.3 lub 1.2.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

dotyczące gotowości podjęcia/kontynuowania zatrudnienia (dot. osób biernych zawodowo)

Ja niżej podpisana/y.....

oświadczam, że jestem w wieku powyżej 15 roku życia oraz deklaruję gotowość powrotu na rynek pracy/jestem w trakcie jej poszukiwania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Ankieta dla pacjenta:

Imię i Nazwisko

Data wypełnienia kwestionariusza .....DD/MM/ROK

Data urodzenia .....DD/MM/ROK

Płeć: Kobieta □ Mężczyzna □

Początek objawów ..... (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy miałeś kiedykolwiek rozpoznaną boreliozę?		
2.	Czy brałeś z tego powodu antybiotyk?		
3.	Czy byłeś/byłaś w ciągu ostatnich kilku miesięcy w lesie, na łące, nad jeziorem w celach rekreacyjno-wypoczynkowych lub zawodowych?		
4.	Czy twoja praca polega na wykonywaniu czynności w terenie zalesionym lub rolniczym?		
5.	Jesteś mieszkańcem (proszę zaznaczyć odpowiednio): □ wieś □ miasto do 50 000 mieszkańców □ miasto od 50 000 do 100 000 mieszkańców □ miasto od 100 000 do 500 000 mieszkańców □ miasto powyżej 500 000 mieszkańców		
6.	Czy często (co najmniej raz na dwa tygodnie) spędzasz wolny czas na terenach zalesionych, nad rzeką lub jeziorem?		
7.	Czy przebywając na obszarach zalesionych zakładasz długie spodnie i koszule z długim rękawem?		

Projekt „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

8. Czy stosujesz środki odstraszające kleszcze?

9. Czy po powrocie do domu oglądasz swoje ciało w poszukiwaniu kleszczy?

10. Czy pamiętasz ukłucie przez kleszcza w okresie ostatniego roku lub wcześniej?

11. Czy po ukłuciu przez kleszcza wystąpiła zmiana skórna o charakterze rumienia która powiększała swój rozmiar?

12. Czy po ukłuciu przez kleszcza obserwowałeś/aś kiedykolwiek jakieś zmiany skórne?

13. Czy kiedykolwiek zaobserwowałeś/aś u siebie zmianę rumieniowatą powiększającą swoje rozmiary?

14. Czy po ukłuciu przez kleszcza odczuwałeś/aś objawy grypopochodne jak: ból stawów i mięśni, ból głowy, stany podgorączkowe, uczucie rozbicia?

15. Czy wystąpił u Ciebie w ostatnim czasie (6 miesięcy) nowy utrzymujący się „ból korzonków" – ból pleców promieniujący do rąk lub nóg, nasilający się w czasie snu?

16. Czy wystąpiło u Ciebie w ostatnim czasie (6 miesięcy) porażenie nerwu twarzowego?

17. Czy w ostatnich 6 miesiącach wystąpił u Ciebie nowy utrzymujący się ból głowy i uczucie sztywności karku?

18. Czy wystąpił u Ciebie kiedykolwiek niezdiagnozowany utrzymujący się lub nawracający ból i/lub obrzęk kolana lub innego dużego stawu bez wcześniejszego urazu?

19. Czy zauważyłeś/aś u siebie utrzymujące się uczucie mrowienia, drętwienia palenia skóry rąk lub nóg?

20. Czy zauważyłeś u siebie zaburzenia czucia – dotyku, zimna lub ciepła?

21. Czy w ostatnich miesiącach wystąpiło u Ciebie uczucie kołatania serca, nierównej pracy serca lub epizod zasłabnięcia?

Projekt „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

ANKIETA DLA PACJENTA W ZAKRESIE WZROSTU POZIOMU WIEDZY NA TEMAT CHORÓB ODKLESZCZOWYCH

IMIĘ I NAZWISKO			
PESEL		DATA	

1. Jaki rodzaj zmian skórnych powinien wzbudzić u pacjenta podejrzenie boreliozy?
- ☐ przewlekle utrzymujące się, ograniczone zaczerwienienie skóry lub pojedyncze ewentualnie mnogie zmiany rumieniowe
- ☐ obecność na skórze pojedynczego, miękkiego, niebolesnego guzka o średnicy od kilku do kilkunastu mm
- ☐ ścieńczenie skóry, z obecnością przeświecających naczyń w okolicy podudzi
- ☐ wszystkie powyższe

2. Jakie inne objawy powinny wzbudzić podejrzenie boreliozy lub innej choroby odkleszczowej?
- ☐ objawy grypopochodne jak: ból stawów i mięśni, ból głowy, gorączka lub stany podgorączkowe, uczucie rozbicia
- ☐ „ból korzonków" – ból pleców promieniujący do rąk lub nóg, porażenie nerwu twarzowego, uczucie sztywności karku
- ☐ utrzymujący się lub nawracający ból i/lub obrzęk kolana lub innego dużego stawu bez wcześniejszego urazu
- ☐ Wszystkie powyższe

3. Jakie aktywności predysponują do zakażenia boreliozą?
- ☐ Wykonywanie prac/uprawianie hobby w terenie – w lasach na łąkach/polach
- ☐ Praca biurowa
- ☐ Brak aktywności fizycznej
- ☐ Zła dieta

4. Jakie powinno być postepowanie profilaktyczne po każdej aktywności w terenie?
- ☐ Zdjąć ubranie, przejrzeć je i wytrzepać
- ☐ Dokładnie obejrzeć ciało, zwracając szczególną uwagę na miejsca typowe dla ukąszeń kleszczy
- ☐ Wziąć prysznic
- ☐ Wszystkie powyższe

5. Jak wygląda prawidłowe usunięcie kleszcza?
- ☐ Ścisnąć kleszcza pęsetą za odwłok i wykręcić a następnie zdezynfekować skórę
- ☐ Posmarować kleszcza masłem i poczekać aż sam wyjdzie ze skóry
- ☐ Chwycić kleszcza pęsetą tuż przy skórze za przednią część ciała i zdecydowanym ruchem pociągnąć ku górze, umyć ręce, zdezynfekować i obserwować miejsce wkłucia

6. Jak możemy uchronić się przed ukąszeniem przez kleszcza?
- ☐ Nie istnieje żadna metoda ochrony przed kleszczami
- ☐ Posmarować ciało kremem natłuszczającym, założyć odpowiednie ubranie – pełne obuwie, długie nogawki i rękawy
- ☐ Spryskać ciało środkiem przeciw kleszczom, założyć odpowiednie ubranie – pełne obuwie, długie nogawki i rękawy

7. Z jakiego źródła dowiedział/-a się Pan/Pani o programie „Profilaktyka chorób odkleszczowych ?
- ☐ Internet (media społecznościowe, strona internetowa, fora, grupy)
- ☐ radio
- ☐ telewizja
- ☐ materiały graficzne (np. plakat / ulotka)
- ☐ lekarz / pielęgniarka POZ
- ☐ rodzina / znajomy
- ☐ inne .....

8. Czy uważa Pani/Pan, że informacje, które można uzyskać za pośrednictwem Internetu (ze strony internetowej, Facebooka, Twittera) są przydatne?
- ☐ Tak
- ☐ Nie - proszę podać dlaczego:.....
- ☐ Nie korzystałam/-em z informacji przekazywanych przez Internet

9. Jak ocenia Pani/Pan jakość informacji przekazywanych za pośrednictwem spotów radiowych/telewizyjnych?
- ☐ Bardzo dobrze
- ☐ Średnio
- ☐ Źle - proszę podać dlaczego:.....
- ☐ Nie widziałam-em/słyszałam-em tych spotów

10. Czy stosuje się Pan/Pani do zaleceń profilaktycznych dotyczących chorób odkleszczowych uzyskanych z Internetu/radia/TV?
- ☐ Tak
- ☐ Nie - proszę podać dlaczego:.....
- ☐ Nie korzystałam/-em z tych źródeł informacji

11. Czy byłby/-aby Pan/Pani skłonna/y przekazywać innym osobom wiedzę na temat niebezpieczeństw i powikłań związanych z kleszczami?
- ☐ Tak
- ☐ Nie

1 WIZYTA POZ - Kwestionariusz dla lekarza

Data wypełnienia kwestionariusza .....DD/MM/ROK

Imię i Nazwisko Pacjenta .....

Data urodzenia .....DD/MM/ROK

Początek objawów ..... (data lub rok)

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Zmiana skórna utrzymująca się ponad 3 dni wielkości >5 cm średnicy proszę podać jak długo		
2.	Zmiana skórna sugerująca borrelial lymphocytoma proszę podać jak długo		
3.	Zmiana skórna sugerująca ACA proszę podać jak długo.....		
4.	Bóle stawów: proszę podać których i jak długo		
5.	Obrzęk stawów: proszę podać których i jak długo		
6.	Bóle mięśni: proszę podać których i jak długo		
7.	Bóle głowy: proszę podać jak często.....		
8.	Osłabienie: proszę podać jak długo.....		

Projekt „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

9.	Porażenie nerwu twarzowego i innych nerwów czaszkowych: proszę podać których i jak długo		
10.	Objawy rwy kulszowej: proszę podać jak długo		
11.	Niedowłady kończyn: proszę podać których i jak długo		
12.	Inne objawy		

- PRAWIDŁOWE ODPOWIEDZI PROSZĘ OZNACZYĆ **X**

1. pacjent z wczesną skórną postacią boreliozy (rumień wędrujący) - **atybiotykoterapia**
2. pacjent ze zmianami skórnymi nietypowymi dla rumienia wędrującego - **skierowanie na badania + wizyta kontrolna**
3. pacjent z objawami innymi niż wczesne skórne, a sugerującymi boreliozę - **skierowanie na badania + wizyta kontrolna** i/lub **skierowanie do AOS**
4. pacjent u którego wykluczono podejrzenie boreliozy - **porada edukacyjna** - zakończenie udziału w programie,

- RODZAJ WIZYTY PROSZĘ ZAKREŚLIĆ KÓŁKIEM

Pieczątka i Podpis Lekarza

Osoby, u których:- **wykluczy podejrzenie choroby** zakończą udział w programie i wypełnią ankiety ewaluacyjnej określającej wzrost poziomu wiedzy nt. zagrożenia chorobami odkleszczowymi.- lekarz **stwierdzi podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium** tj. rumienia wędrującego lub ziarniniaka chłonnego, zastosują antybiotykoterapię zgodną z zaleceniami PTEiLChZ.- w przypadku **zmian skórnych o nietypowym obrazie** - oprócz antybiotykoterapii – pacient zostanie skierowany przez lekarza POZ na badania diagnostyczne, tj. test ELISA (IgM,IgG), a w przyp. dodatniego lub wątpliwie + wyniku ELISA (wykrycie swoistych przeciwciał) - test Western-blot (potwierdzający) - IgG i/lub Igm **wizyta kontrolna** - pacjent otrzyma Wynik badania i inf. na temat dalszego postępowania tj. zakończenia leczenia lub skierowania do AOS. Osoby **z podejrzeniem boreliozy z Lyme w późniejszych stadiach będą kierowane do AOS** - lekarz specjalista chorób zakaźnych.

Projekt „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Tytuł Projektu: Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0005/20-00/1040/2020/218

Tytuł programu profilaktycznego: *Pilotażowy Program profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach programu operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój*

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	Podpis pacjenta	Podpis i pieczęć osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub wykonującej badanie
Wizyta (1) kwalifikacyjna u lekarza POZ			
Pobranie próbki krwi do badania w kierunku boreliozy z Lyme			
Wizyta (2) kontrolna u lekarza POZ			

Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	Centrum Medyczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Spółka z o.o. 02-097 Warszawa, ul. Nielubowicza 5 NIP: 526-25-08-021; REGON: 016415800
Adres podmiotu leczniczego	j.w.
Województwo	mazowieckie

Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	

Proszę uzupełnić oświadczenie drukowanymi literami.

ROZPOZNANIE (proszę oznaczyć X)

Borelioza ☐ Inne ☐ Skierowanie do AOS ☐