

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU POGŁĘBIONEJ
DIAGNOSTYKI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
WYKONYWANEJ W RAMACH ZADANIA PN. KOORDYNACJA I
MONITOROWANIE JAKOŚCI PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI
MACICY**

Miejscowość		
Data [rrrr-mm-dd]		
Numer protokołu kontroli		/2021
Nazwa Świadczeniodawcy		
Adres Świadczeniodawcy (proszę podać adres siedziby, a w polu "Uwagi Świadczeniodawcy" w Arkuszu 6 wymienić lokalizację poradni, gdzie udzielane są świadczenia)		
Ulica i numer		
Miejscowość		
Kod pocztowy		
Telefon		
E-mail		
Imię kierownika kontrolowanej placówki		
Nazwisko kierownika kontrolowanej placówki		
Numer umowy z NFZ w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanego dalej Programem):		
Okres objęty kontrolą jakości badań placówki:	01.01.2020-31.12.2020	
	01.01.2021-30.06.2021	
Osoby upoważnione przez Ministra Zdrowia do sporządzenia protokołu kontroli (wypełnia Kontrolujący)		
Imię	Nazwisko	Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia

I. Organizacja pracy Ośrodka (proszę podać godziny przyjęć poradni, kiedy można wykonać badanie kolposkopowe; jeśli Świadczeniodawca wykonuje badania kolposkopowe w więcej niż jednej poradni - podać godziny pracy pozostałych w polu "Uwagi Świadczeniodawcy" w Arkuszu 6)

Przyjęcia pacjentek		Od godziny [hh:mm]	Do godziny [hh:mm]	Od godziny [hh:mm]	Do godziny [hh:mm]
<input type="checkbox"/>	Poniedziałek				
<input type="checkbox"/>	Wtorek				
<input type="checkbox"/>	Środa				
<input type="checkbox"/>	Czwartek				
<input type="checkbox"/>	Piątek				
<input type="checkbox"/>	Sobota				

Liczba dni przyjęć w tygodniu	0
Liczba godzin przyjęć w tygodniu	0:00:00

Liczba dni oczekiwania pacjentki na wykonanie badania w ramach pogłębionej diagnostyki			
Deklaracji personelu			
Kontaktów telefonicznych z Ośrodkami wykonanych przez osobę przeprowadzającą kontrolę – 3 próby w różnych godzinach (wypełnia Kontrolujący)			
Data [rrrr-mm-dd]			
Godzina [hh:mm]			
Liczba dni			
Średnia			0.0

II. Wykaz personelu realizującego etap diagnostyki pogłębionej Programu

01.01.2020 – 31.12.2020

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd] (proszę podać datę uzyskania specjalizacji)	Udokumentowane szkolenia w zakresie wykonywania badań kolposkopowych
SPECJALIŚCI I stopnia w ginekologii i położnictwie					
1.					
2.					
3.					

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd] (proszę podać datę uzyskania specjalizacji)	
SPECJALIŚCI ginekologzy-położnicy					
1.					
2.					
3.					
SPECJALIŚCI ginekologii onkologicznej					
1.					
2.					
3.					

II. Wykaz personelu realizującego etap diagnostyki pogłębionej Programu

01.01.2021 – 30.06.2021

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd] (proszę podać datę uzyskania specjalizacji)	Udokumentowane szkolenia w zakresie wykonywania badań kolposkopowych
SPECJALIŚCI I stopnia w ginekologii i położnictwie					
1.					
2.					
3.					

Lp.	Imię	Nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Data uzyskania kwalifikacji [rrrr-mm-dd] (proszę podać datę uzyskania specjalizacji)
SPECJALIŚCI ginekologów-położników				
1.				
2.				
3.				
SPECJALIŚCI ginekologii onkologicznej				
1.				
2.				
3.				

III. Liczba badań kolposkopowych wykonanych w Pracowni (proszę podać liczbę wszystkich kolposkopii)

	Ogółem	W Programie	Poza Programem
01.01.2020-31.12.2020			
01.01.2021-30.06.2021			

IV. Sposób zbiorczego dokumentowania badań kolposkopowych (proszę wybrać właściwą odpowiedź)

Proszę opisać sposób dokumentowania badań kolposkopowych (proszę opisać, co wchodzi w skład pełnej dokumentacji kolposkopii)

V. Liczba biopsji celowanych wykonanych w Pracowni w Programie profilaktyki

Okres	Calkowita liczba biopsji wykonanych w Programie	Liczba biopsji z wylyzczkowaniem kanału szyjki wykonanych w Programie	Liczba biopsji bez wylyzczkowania kanału szyjki wykonanych w Programie	Odsetek liczby biopsji wykonanych w Programie w stosunku do liczby kolposkopii wykonanych w Programie
01.01.2020-31.12.2020				0.0%
01.01.2021-30.06.2021				0.0%

VI. Sposób kierowania pacjentek z rozpoznanymi zmianami

śródnablonkowymi/rakiem szyjki macicy do leczenia (w szczególności proszę opisać, czy pacjentki są leczone w ramach placówki, w której funkcjonuje pracownia kolposkopowa, czy poza nią)

--

VII. Wyposażenie pomieszczeń kontrolowanego Ośrodka (proszę zaznaczyć odpowiednie)

<input type="checkbox"/>	Kolposkop optyczny z aktualnym paszportem (proszę podać datę ważności przeglądu technicznego)	
<input type="checkbox"/>	Filtr kontrastujący w kolposkopie	
<input type="checkbox"/>	Wzierniki jednorazowe	
<input type="checkbox"/>	Wzierniki wielorazowe sterylizowane	
<input type="checkbox"/>	Pincety	
<input type="checkbox"/>	Kleszczyki biopsyjne do biopsji celowanej kolposkopowo	
	Jakie:	
<input type="checkbox"/>	<i>Baby-Tischler</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Eppendorf</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Inne - jakie?</i>	
<input type="checkbox"/>	Skrobaczki do kanału szyjki macicy	
<input type="checkbox"/>	Formalina zbuforowana	
<input type="checkbox"/>	Pojemniki do utrwalania materiału tkankowego	
<input type="checkbox"/>	Waciki/gaziki sterylne	
<input type="checkbox"/>	Roztwór soli fizjologicznej	
<input type="checkbox"/>	Kwas octowy 3-5 %	
<input type="checkbox"/>	Płyn Lugola	
<input type="checkbox"/>	Aparat do elektrokoagulacji oraz kulkowe elektrody koagulacyjne do uzyskania hemostazy po biopsji	
<input type="checkbox"/>	Laser z możliwością koagulacji	
<input type="checkbox"/>	<u>Sterylizacja sprzętu na miejscu</u>	
<input type="checkbox"/>	- czy jest autoklaw	
<input type="checkbox"/>	- czy jest oddzielne pomieszczenie do sterylizacji	
<input type="checkbox"/>	- czy jest opracowana procedura sterylizacji	
<input type="checkbox"/>	<u>Sterylizacja poza placówką</u>	
<input type="checkbox"/>	Tylko narzędzia jednorazowe	
<input type="checkbox"/>	<u>Dostępność do diagnostyki HPV</u>	
	Jaki test:	
	Jakie laboratorium:	

VIII. Współpraca z pracownią histopatologiczną

Czas oczekiwania na wynik badania histopatologicznego

Średnia liczba dni oczekiwania

Nazwa oraz adres siedziby pracowni histopatologicznej, z którą współpracuje Pracownia

X. Ogólna ocena kontroli

Uwagi Świadczeniodawcy (proszę wpisać lokalizację poradni, jeśli jest inna niż siedziba Świadczeniodawcy lub jeśli jest więcej niż jedna placówka; proszę wpisać godziny pracy poradni, jeśli jest więcej niż jedna placówka)

Kompletność danych przekazanych przez Świadczeniodawcę (wypełnia Kontrolujący)

Ocena kontroli (wypełnia Kontrolujący)

--	--

(miejsowość, data)

(czytelny podpis Kontrolującego)