

**Wymagania dla osób, które będą realizowały kontrole świadczeniodawców**  
**Programu profilaktyki raka szyjki macicy (PPRSM)**

Kontrole mogą być wykonywane przez:

- a) położną spełniającą warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych,
- b) lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii lub,
- c) lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) lub,
- d) lekarza specjalistę patomorfologii lub anatomii patologicznej lub,
- e) diagnostę laboratoryjnego posiadającego tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającego udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych według Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wraz z późniejszymi zmianami.

Kontroler musi posiadać doświadczenie w pracy w SIMP (Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki).

.....  
Imię i nazwisko (czytelnie)

....., dnia .....2024 r.  
Miejscowość

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż jestem:

- a) położną spełniającą warunki zgodnie z obowiązującymi przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych lub
- b) lekarzem specjalistą położnictwa i ginekologii lub
- c) lekarzem ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub lekarzem w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii (lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji) lub
- d) lekarzem specjalistą patomorfologii lub anatomii patologicznej lub
- e) diagnostą laboratoryjnym posiadającym tytuł specjalisty cytomorfologii medycznej lub posiadającym udokumentowane umiejętności i udokumentowane odpowiednie doświadczenie w wykonywaniu badań cytologicznych według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wraz z późniejszymi zmianami.

.....  
.....

(Podać rodzaj wykonywanej pracy oraz okres).

Posiadam doświadczenie w pracy w SIMP (Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki).

.....

Imię i nazwisko (czytelnie)

\* zaznaczyć właściwe