

Załącznik 3a
PROTOKÓŁ Z KONTROLI ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU
PODSTAWOWEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI
MACICY WYKONYWANEJ W RAMACH ZADANIA PN. POPRAWA
JAKOŚCI REALIZOWANYCH W POLSCE BADAŃ
PRZESIEWOWYCH

Miejscowość		
Data [rrrr-mm-dd]		
Numer protokołu kontroli		/2024
Nazwa Świadczeniodawcy		

Adres Świadczeniodawcy (proszę podać adres siedziby, a w polu "Uwagi Świadczeniodawcy" w Arkuszu 8 wymienić lokalizację poradni, gdzie udzielane są świadczenia z poniższej umowy AOS lub POZ)

Ulica i numer	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon	
E-mail	
Imię kierownika kontrolowanej placówki	
Nazwisko kierownika kontrolowanej placówki	

Numer umowy z NFZ (AOS lub POZ) w zakresie „Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy” (zwanego dalej Programem):	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Okres objęty kontrolą jakości badań placówki:	01.01.2023-31.12.2023
-----------------------------------------------	-----------------------

Osoby upoważnione przez Centralny Ośrodek Koordynujący do sporządzenia protokołu kontroli (wypełnia Kontrolujący)		
Imię	Nazwisko	

Przedstawiciele Świadczeniodawcy wskazani do kontaktu z osobą upoważnioną do kontroli i odpowiedzialni za przygotowanie protokołu				
Imię	Nazwisko	Stanowisko służbowe	Numer telefonu	Adres e-mail

I. Organizacja pracy ośrodka (proszę podać godziny przyjęć poradni, kiedy można pobrać badanie cytologiczne; jeśli Świadczeniodawca udziela świadczeń w więcej niż jednej poradni - podać godziny pracy pozostałych w polu "Uwagi Świadczeniodawcy" w Arkuszu 8)

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 pracujących ginekologów	
Liczba pracujących położnych	
Liczba położnych uprawnionych do pobierania rozmazów	

Liczba dni oczekiwania pacjentki na pobranie cytologii; informacja uzyskana na podstawie:	
Deklaracji personelu	
Kontaktów telefonicznych z Ośrodkami wykonanych przez osobę przeprowadzającą kontrolę: 3-5 prób co 1-2 dni w różnych godzinach (wypełnia Kontrolujący)	
Data	
Godzina	
Liczba dni	
Średnia	0,0

II. Liczba pobranych rozmazów cytologicznych (proszę podać liczbę wszystkich badań cytologicznych łącznie)			
W okresie	Ogółem (w Programie + poza Programem)	W Programie	Poza Programem
01.01.2023-31.12.2023			

III. Rozmazy nienadające się do oceny (wypełnia Centralny Ośrodek Koordynujący)

Rozmazy nienadające się do oceny - od 01.01.2023 do 31.12.2023

Poradnia ogółem:

Lekarz/ położna	Imię	Nazwisko	Numer prawa wyk. zawodu	Liczba pobranych rozmazów w programie	Liczba rozmazów nienadających się do oceny	Odsetek rozmazów nienadających się do oceny

IV. Wyposażenie pomieszczeń kontrolowanego Ośrodka (proszę zaznaczyć odpowiednie)

Gabinet pobrań badań cytologicznych:

- fotel ginekologiczny
- wziernik jednorazowy
- jednorazowa szczoteczka cytologiczna umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz kanału szyjki macicy
- zmatowione jednostronnie szkiełka podstawowe

Utrwalacz cytologiczny:

- Cytifix
- Alkohol 96%

Ponadto:

- stół na jednorazowe narzędzia ginekologiczne do badania
- lampa bezcieniowa- ginekologiczna
- umywalka z baterią łokciową (podajnik do mydła i podajnik na środek dezynfekujący do rąk)
- kosz na odpady medyczne
- komputer z dostępem do Internetu
- inne, jakie?

Pomieszczenie higieniczno / sanitarne:

- muszla sedesowa
- bidet
- umywalka
- inne, jakie?

Czas oczekiwania na wynik badania cytologicznego z etapu diagnostycznego (proszę wybrać opcję z listy rozwijanej)

V. Losy pacjentek z dodatnimi wynikami wymagającymi dalszej diagnostyki – skierowanie do Etapu Pogłębionej Diagnostyki (Uzupełnić tylko te pacjentki, które w SIMP widnieją jako „brak realizacji” zaleceń)

01.01.2023 do 31.12.2023

Numer badania SIMP	Wynik (podać wynik, np. ASC-US)	Czy wydano skierowanie do dalszej diagnostyki?	Realizator dalszej diagnostyki (wpisać nazwę poradni/gabinetu i adres lub "brak informacji o realizacji")

VI. Uprawnienia położnych do pobierania cytologii (Ilość pobranych cytologii dotyczy okresu 01.01.2023 - 31.12.2023; jeśli położna ma uprawnienia i nie pobiera badań, proszę wpisać "0")

Dane położnej		Ilość pobranych cytologii	Certyfikat		
Imię	Nazwisko		Numer	Data wydania	Organ wydający

VII. Ogólna ocena kontroli

Uwagi Świadczeniodawcy (proszę wpisać lokalizację poradni, jeśli jest inna niż siedziba 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)