

## Załącznik 3c

**PROTOKÓŁ Z KONTROLI ŚWIADCZENIODAWCÓW ETAPU POGLĘBIONEJ  
DIAGNOSTYKI 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 6 wymienić lokalizacje 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:	01.01.2023-31.12.2023	
Osoby upoważnione przez Centralny Ośrodek Koordynujący do sporządzenia protokołu kontroli (wypełnia Kontrolujący)		
Imię	Nazwisko	

**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				

<b>Liczba dni przyjęć w tygodniu</b>	0
<b>Liczba godzin przyjęć w tygodniu</b>	0:00:00

<b>Liczba dni oczekiwania pacjentki na wykonanie badania w ramach pogłębionej diagnostyki</b>			
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

01.01.2023 – 31.12.2023

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
<b>SPECJALIŚCI I stopnia w ginekologii i położnictwie</b>					
1.					
2.					
3.					

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

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

	Ogółem	W Programie	Poza Programem	
01.01.2023-31.12.2023				

**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
01.01.2023-31.12.2023				0,0%

**VI. Sposób kierowania pacjentek z rozpoznanymi zmianami**

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