RAPORT KONCOWY

z całego programu polityki zdrowotnej pn.”L eczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta i Gminy Piaseczno na lata 2022-2024”, realizowany w latach 2022-2025.

I. OKRES REALIZACJI UMOWY

……………………………………………………………………………………………………

II. OPIS REALIZACJI ZAKŁADANYCH CELÓW

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

III. KOSZTY REALIZACJI UMOWY W LATACH 2023-2024

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2023 | | 2024 | | 2025 | |
| plan | wykonanie | plan | wykonanie | plan | wykonanie |
|  |  |  |  |  |  |

IV. INFORMACJE O PROBLEMACH, KTÓRE WYSTĄPIŁY W TRAKCIE REALIZACJI UMOWY

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V. EWALUACJA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **wskaźnik** | **2023** | | **2024** | | **2025** | | **razem/ średnia** | |
| **ilość** | **%** | **ilość** | **%** | **ilość** | **%** | **ilość** | **%** |
| Liczba par zakwalifikowanych do  Programu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba par, które zrezygnowały z udziału w  Programie z przyczyn medycznych i  pozamedycznych |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba par, które nie zostały objęte działaniami w ramach Programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z  wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z  wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z  wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba dzieci narodzonych na skutek leczenia w ramach Programu[[1]](#footnote-1) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek ciąż wielopłodowych powstałych na skutek leczenia w ramach Programu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek leczonych w ramach Programu |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u  par zakwalifikowanych do Programu zapłodnienia pozaustrojowego z  wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z  wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u  par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z  wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u  par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba zarodków powstałych w na skutek leczenia w ramach Programu, które zostały poddane kriokonserwacji (stan na ostatni dzień roku kalendarzowego) |  |  |  |  |  |  |  |  |

VI. ANALIZA PRZYCZYN NIEPOWODZEŃ PROCEDUR WYKONANYCH W RAMACH PROGRAMU

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

VII. WNIOSKI

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

Data rok

Załącznik:

Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono procedurę zapłodnienia pozaustrojowego według poniższego wzoru.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P | Imiona i nazwisko/a pary | Nr PESEL kobiety | Nr telefonu | Adres zamieszkania | Uwagi/data przeprowadzenia procedury/ informacja o ciąży. |
| 1 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 2 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 3 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 4 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 5 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 6 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |
| 7 | 1)………………..  2)……………...... |  |  |  |  |

**UWAGA!**

Wykaz należy dostarczyć w zamkniętej kopercie do kancelarii Urzędu Miasta i Gminy Piaseczno, ul. Kościuszki 5, 05-500 Piaseczno lub przesłać drogą pocztową na ww. adres. Na kopercie umieścić dopisek: „NIE OTWIERAĆ, DOSTARCZYĆ DO WYDZIAŁU SPRAW SPOŁECZNYCH”

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta)*

Data rok

1. z uwagi na czas upływający od kwalifikacji do Programu do transferu zarodków i porodu, pełne dane dostępne będą po urodzeniu się dziecka z ostatniego transferu zarodków uzyskanych na skutek świadczeń dofinansowanych w ramach Programu [↑](#footnote-ref-1)