

**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		/2022
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:	01.01.2020-31.12.2020
	01.01.2021-31.12.2021

Osoby upoważnione przez Ministra Zdrowia do sporządzenia protokołu kontroli (wypełnia Kontrolujący)		
Imię	Nazwisko	Numer upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia

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				

<b>Liczba dni przyjęć w tygodniu</b>	0
<b>Liczba godzin przyjęć w tygodniu</b>	0:00:00
<b>Liczba pracujących ginekologów</b>	
<b>Liczba pracujących położnych</b>	
<b>Liczba położnych uprawnionych do pobierania rozmazów</b>	

<b>Liczba dni oczekiwania pacjentki na pobranie cytologii; informacja uzyskana na podstawie:</b>	
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

<b>II. Liczba pobranych rozmazów cytologicznych</b> (proszę podać liczbę wszystkich badań cytologicznych łącznie)			
W okresie	Ogółem (w Programie + poza Programem)	W Programie	Poza Programem
01.01.2020-31.12.2020			
01.01.2021-31.12.2021			

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

Rozmazy nienadające się do oceny - od 01.01.2020 do 31.12.2020

#### 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

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

Rozmazy nienadające się do oceny - od 01.01.2021 do 31.12.2021

**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)

01.01.2020 do 31.12.2020

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

**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)**

01.01.2021 do 31.12.2021

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 1.01.2020 - 31.12.2021; jeśli położna ma uprawnienia i nie pobiera badań, proszę wpisać "0")

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



## VIII. 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)


(miejscowość, data)

(czytelny podpis Kontrolującego)