

Załącznik 1A

.....
pieczęć firmowa Wykonawcy

FORMULARZ OFERTY

dotyczący otwartego naboru placówek AOS do współpracy w ramach projektu „Realizacja Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu

DANE OFERENTA:

Nazwa:

.....
.....
.....

Adres siedziby:

.....

Telefon: Fax.:

email:

Imię i nazwisko osoby do kontaktu:.....

Numer rejestru w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.....

- Oświadczam, iż zapoznałem się z treścią Umowy stanowiącej załącznik do niniejszego naboru i akceptuję jej zapisy.

OŚWIADCZENIE DOT. KRYTERIÓW PREMIUJĄCYCH

- ☐ deklaruję wykonywanie świadczeń medycznych w minimum jedną sobotę w miesiącu – 10 pkt

.....
miejscowość, data

.....
pieczętka i podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania placówki AOS

Załącznik 1B

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU

W procedurze naboru placówek AOS do współpracy w ramach projektu „Realizacja Programu profilaktyki nowotworów skóry i edukacji społeczeństwa w makroregionie zachodnim” w zakresie udzielania świadczeń medycznych pacjentom zakwalifikowanym do projektu.

Oświadczam, że placówka AOS, którą reprezentuję spełnia warunki udziału w procedurze naboru, tzn:

1. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: lubuskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego.
2. Została wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Posiada minimum 2 lekarzy: lekarz dermatolog, onkolog lub chirurg onkolog znający kryteria ABCDE (pod warunkiem, że onkolog i chirurg onkolog posiada ukończone kursy w zakresie dermatoskopii lub wideodermatoskopii):

.....
(proszę podać imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu)

.....
(proszę podać imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu)

4. Posiada działający dermatoskop i wideodermatoskop (zgodnie z opisem w punkcie 5)
5. Zobowiązuje się do przeprowadzenia świadczeń zdrowotnych:
 - A. Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty.
 - B. Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty.

Ad. A

Przed badaniem przeprowadzany jest dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna dot. złośliwych nowotworów skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.

W ramach badania prowadzi się szczegółowe badanie skóry całego ciała.

W pierwszej kolejności nanosi się płyn kontaktowy (olej, żel do ultrasonografii) na daną zmianę skórną, który służy do ograniczenia odbicia światła oraz rozpraszanie światła. Urządzeniem używanym przez lekarza, jest dermatoskop, czyli połączenie lupy o powiększeniu 10-20× z wystandaryzowanym źródłem światła, co pozwala uzyskiwać wystandaryzowane obrazy. Światło spolaryzowane stosowane w dermatoskopie wnika w skórę co sprawia, że struktury położone głębiej stają się widoczne.

Porada zawiera element omówienia przeprowadzonego badania. Po badaniu pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane oraz jak powinien postępować z wybranymi zmianami skórnymi.

Ad. B

Przed badaniem przeprowadzany jest dokładny wywiad medyczny: np. historia rodzinna dot. złośliwych nowotworów skóry, przebyty nowotwór skóry, etc.

W ramach badania prowadzi się szczegółowe badanie skóry całego ciała.

Urządzeniem używanym przez lekarza, jest wideodermatoskop, który daje większą niż dermatoskop ręczny możliwość powiększenia: 70-krotnego lub nawet 100-krotnego. Dodatkową zaletą wideodermatoskopów jest możliwość rejestracji obrazu na nośniku cyfrowym i przez to monitorowanie ewolucji zmian skórnych. Do badania konieczne jest posiadanie programu komputerowego sprzężonego z wideodermatoskopem. Oprogramowanie wideodermaskopu powinno mieć możliwość wskazywania stawek barwnikowych znamion i wyświetlania ich charakterystyki (rozmiar, kolor, symetria itp.) na ekranie. Wideodermatoskopia jest oparta na tej samej zasadzie, co dermatoskopia. Różni się jedynie możliwością odtworzenia obrazu dermatoskopowego na ekranie komputera. Jest

bardziej precyzyjna niż zwykła dermatoskopia. Podstawową zaletą nowych systemów wideodermatoskopowych jest możliwość zapisania obrazu w formie elektronicznej i ocena przy kolejnym badaniu kontrolnym, czy znamię barwnikowe uległo zmianie w okresie między badaniami.

Porada zawiera element omówienia przeprowadzonego badania. Po badaniu pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane oraz jak powinien postępować z wybranymi zmianami skórnymi.

6. W przypadku samodzielnego zgłoszenia się pacjenta na badanie zobowiązuje się do przeprowadzenia ankiety pn. KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY (załącznik nr 1) przed badaniem. Pacjenta zgłaszającego się do programu profilaktyki samodzielnie np. podczas eventu wstępnie kwalifikuje sekretarka medyczna/rejestratorka po zebraniu krótkiego wywiadu dot. wieku, grupy ryzyka i objawów.
7. Zobowiązuje się do kwalifikowania pacjentów do programu w oparciu o poniższe kryteria. Do programu badań profilaktycznych kwalifikowane będą:

- a) osoby w wieku 50-64,
- b) osoby w wieku 15-49 będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku jasnych zaleceń lekarza związanych z występowaniem czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion,
- c) osoby po 65 r. ż. pod warunkiem że są nadal aktywne zawodowo będą mogły otrzymać wsparcie w przypadku występowania czynników ryzyka lub występowania niepokojących znamion.

W przypadku pacjenta skierowanego przez podmiot POZ współpracujący w ramach projektu zobowiązuje się do przeprowadzenia badania w poradni specjalistycznej zgodnie z Załącznikiem KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY

8. Akceptuje, iż wynagrodzenie za:
 - A. Badanie dermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalisty
 - B. Badanie wideodermatoskopowe wraz z konsultacją lekarza specjalistybędzie wynosiło **109 zł** za badanie dermatoskopowe oraz **168 zł** za badanie wideodermatoskopowe zgodnie z załącznikiem nr Załącznik nr 18 Zestawienie stawek jednostkowych dla programu ABCDE samokontroli znamion - ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry.
9. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne).
10. Zapewnia wykonywanie świadczeń medycznych w godzinach 8-18, liczone w skali tygodnia.

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS