

REGULAMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ NA POZIOMIE JEDNOSTEK SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY

w ramach projektu

**„Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów
Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we
Wrocławiu”**



Kryteria kwalifikacji uczestników do programu – poziom jednostek służby medycyny pracy

Osoba:

- w wieku aktywności zawodowej (18 i więcej lat) z przewlekłymi bólami kręgosłupa (objawami ze strony kręgosłupa powyżej 3 miesięcy),
- zamieszkuje w jednym z 3 województw: dolnośląskie, opolskie, śląskie,
- w stosunku do której kwestionariusz przesiewowy STarT Back Tool wskazał całkowity wynik ≥ 4 ,
- **lub** do której kwestionariusz przesiewowy zapalnego bólu kręgosłupa wskazał całkowity wynik ≥ 4).

Kryteria wykluczenia z programu:

- przebyty uraz kręgosłupa,
- rozpoznana i leczona choroba autoimmunologiczna, w tym pod kątem bólów przewlekłych kręgosłupa,
- rozpoznana i leczona przewlekłe farmakologicznie i/lub operacyjnie choroba kręgosłupa,
- kiedykolwiek przebyta choroba nowotworowa,
- brak zgody na uczestnictwo w programie na jakimkolwiek etapie programu.

Osoba spełniająca kryteria włączenia do programu może wziąć w nim udział tylko raz w czasie trwania realizacji projektu.

Krok I

Sekretarka medyczna/rejestratorka na poziomie jednostki służby medycyny pracy

1. Pacjent, który zgłosi się do poradni służby medycyny pracy osobiście otrzymuje do wypełnienia kwestionariusze przesiewowe.
2. Na wizytę do lekarza medycyny pracy zostaną skierowani tylko Ci, którzy w kwestionariuszu STarT Back Tool uzyskają całkowity wynik ≥ 4 **lub** którzy w kwestionariuszu przesiewowym w kierunku spondyloartropatii uzyskali wartość ≥ 4 .

Każdemu pacjentowi należy przedstawić do wypełnienia oprócz kwestionariuszy przesiewowych następujące dokumenty:

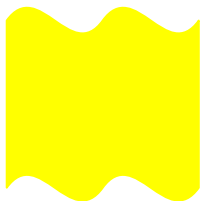
1. deklaracja uczestnictwa w projekcie,
2. oświadczenie Lekarza i Uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym,
3. formularz danych osobowych Uczestnika projektu,
4. oświadczenie Uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych,

Krok II

Lekarz jednostki służby medycyny pracy.

W trakcie wizyty lekarz medycyny pracy dokonuje identyfikacji żółtych i czerwonych flag

Identyfikacja żółtych flag w przypadku pracowników, u których lekarz medycyny pracy stwierdzi:



- niespecyficzne bóle kręgosłupa bez objawów neurologicznych,
- bóle nasilające się podczas wykonywania pracy zawodowej,
- bóle wymagające stosowania NLPZ lub leków p/bólowych,
- bóle kręgosłupa powodujące ograniczenie aktywności pracownika w pracy i w życiu codziennym,
- objawy depresji lub stanu subdepresyjnego.

2

Pacjent zidentyfikowany z żółtą flagą kierowany jest bezpośrednio na warsztaty z rehabilitacji ruchowej.



Identyfikacja czerwonych flag u pracowników, u których lekarz medycyny pracy stwierdzi:

- nagły niespodziewany spadek wagi ciała,
- wiek > 50 roku życia,
- dodatni wywiad w kierunku nowotworu,
- zapalny ból kręgosłupa (ból występujący w drugiej połowie nocy, brak poprawy po wypoczynku, poprawa po ćwiczeniach, naprzemienny ból pośladków, sztywność poranna powyżej 30 minut),
- ogólne złe samopoczucie/objawy ogólne,
- gorączka,
- stosowanie ogólne glikokortykosteroidów (osteoporoza),
- zaburzenia zwieraczy/mikcji lub inne istotne postępujące deficyty neurologiczne,
- ból odcinka piersiowego kręgosłupa.

UWAGA

Przy stwierdzeniu czerwonej flagi lub przypadkach wątpliwych lekarz medycyny pracy zleca wykonanie OB., CRP, morfologii oraz RTG miednicy i/lub kręgosłupa oraz kieruje do neurologa/ortopedy jeżeli ma podpisaną umowę lub wypisuje informacje dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa wymagających dalszej diagnostyki. Istnieje możliwość rozliczenia w ramach programu drugiej wizyty u lekarza medycyny pracy, ale tylko w przypadku pacjenta u którego były wykonane badania i druga wizyta odbywa się w celu weryfikacji przedmiotowych wyników badań.

Krok III

Pacjent zidentyfikowany z żółtą flagą kierowany jest na warsztaty z rehabilitacji ruchowej do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

- przeprowadzenie warsztatów w grupach 10-15 osobowych (1h - porada edukacyjna uświadamiająca o występowaniu, przyczynach i zapobieganiu bólom kręgosłupa – wskazująca również jak zmienić swoje zachowania na bardziej prozdrowotne; 3h – ćwiczenia z rehabilitacji ruchowej
- przeprowadzenie po trzech miesiącach ponownego szkolenia przypominającego sposób wykonywania ćwiczeń w grupach, w których przeprowadzono szkolenie początkowe w celu sprawdzenia poprawności wykonywanych ćwiczeń
- Wykonanie 2-krotne testów oceniających ból i sprawność pracownika z bólami kręgosłupa szyjnego lub L-S przed i po interwencji w odstępie 12 miesięcy



Zasady udzielania świadczeń w ramach programu poziom jednostek służby medycyny pracy

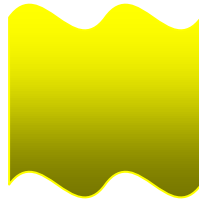
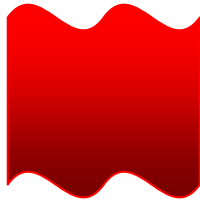
	Sposób weryfikacji wykonania usługi	Wartość stawki jednostkowej w PLN
<p>Wizyta u lekarza medycyny pracy Usługa skierowana wyłącznie do pracowników w wieku aktywności zawodowej (18 i więcej lat), którzy w kwestionariuszu przesiewowym STarT Back Tool stanowiącym załącznik do programu uzyskają całkowity wynik ≥ 4 oraz którzy w kwestionariuszu przesiewowym w kierunku zapalnego bólu kręgosłupa również załączonym do programu uzyskali wartość ≥ 4.</p> <p>Usługa będzie polegać na wykonaniu przez lekarza medycyny pracy badania przesiewowego pacjentów. Lekarz medycyny pracy na podstawie wyników z wypełnionych przez pacjentów kwestionariuszy dokona badania przedmiotowego i podmiotowego i podejmując decyzję co do dalszego postępowania z pracownikiem.</p> <p>Lekarz dokonana podziału pacjentów na grupy ryzyka: Identyfikacja żółtych i czerwonych flag. Pacjent zidentyfikowany z żółtą flagą kierowany jest bezpośrednio na warsztaty z rehabilitacji ruchowej. Przy stwierdzeniu czerwonej flagi lub w przypadkach wątpliwych lekarz medycyny pracy zleca w zależności od potrzeb wykonanie OB, CRP, morfologii oraz RTG miednicy i/lub kręgosłupa i po weryfikacji wyników badań decyduje o dalszym postępowaniu z pracownikiem (stawka nie obejmuje kosztów badań). Jeśli nie ma przeciwwskazań pacjent kierowany jest na warsztaty z rehabilitacji ruchowej.</p> <p>Ewentualna konieczność odbycia drugiej wizyty u lekarza medycyny pracy w celu weryfikacji przedmiotowych wyników badań objęta jest stawką jednostkową Wizyta u lekarza medycyny pracy.</p> <p>Jeśli jest to zasadne, lekarz medycyny pracy kieruje do neurologa, jeżeli ma podpisaną umowę lub wypisuje informacje dla lekarza rodzinnego o konieczności dalszej diagnostyki z powodu niepokojących objawów dotyczących kręgosłupa wymagających dalszej diagnostyki. Konsultacja z neurologiem odbywa się już poza programem i nie jest w ramach niego rozliczana.</p>	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	74 zł
<p>Badanie OB Wykonanie badania OB i podanie wyników u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy</p>	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	9,10 zł
<p>Badanie morfologii krwi Wykonanie badania morfologii krwi u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy</p>	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	12,60 zł
<p>Badanie CRP Wykonanie badania CRP i podanie wyników u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy</p>	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	18,90 zł



	programu o udzielonym świadczeniu.	
Badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa Wykonanie RTG AP i boczne kręgosłupa wraz z opisem u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	74,20 zł
Badanie obrazowe RTG miednicy Wykonanie RTG miednicy wraz z opisem u pacjentów wskazanych przez lekarza medycyny pracy	Oświadczenie lekarza medycyny pracy i uczestnika programu o udzielonym świadczeniu.	59,40 zł



Wymagane dokumenty do rozliczenia świadczenia zdrowotnego wraz ze wskazaniem miejsca dostarczenia dokumentów – poziom jednostek służby medycyny pracy



1. kwestionariusze przesiewowe:
 - kwestionariusz STarT Back Tool,
 - kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii,
2. deklaracja uczestnictwa w projekcie,
3. oświadczenie Lekarza i Uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym,
4. formularz danych osobowych Uczestnika projektu,
5. oświadczenie Uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych,

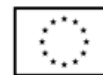
Ad. 1 Oryginały kwestionariuszy (z pieczęcią i podpisem lekarza) pozostają w jednostce medycyny pracy – dokumentacja medyczna.

Ważne – abyśmy mogli zweryfikować, czy świadczenie zostało wykonane poprawnie i zapłacić za wykonaną usługę prosimy o przesłanie kompletu dokumentów tj.:

1. kwestionariusze przesiewowe – KOPIA
2. deklaracja uczestnictwa w projekcie - ORYGINAŁ
3. oświadczenie Lekarza i Uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym - ORYGINAŁ
4. formularz danych osobowych Uczestnika projektu - ORYGINAŁ
5. oświadczenie Uczestnika projektu dot. przetwarzania danych osobowych ORYGINAŁ

Dokumenty przesyłamy pocztą lub dostarczamy osobiście:

**Pracodawcy Zdrowia
Fabryczna 10D2
53-609 Wrocław
z dopiskiem na kopercie „Program PCHK”**



ZAŁĄCZNIKI DO REGULAMINU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ NA POZIOMIE JEDNOSTEK SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY

w ramach projektu

**„Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów
Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we
Wrocławiu”**



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Kręgosłup bez bólu – Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko)

.....(data urodzenia) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn.:

Jestem osobą:

- w wieku aktywności zawodowej¹ (18 i więcej lat) z przewlekłymi bólami kręgosłupa (objawami ze strony kręgosłupa powyżej 3 miesięcy),
 - zamieszkuję w jednym z 3 województw: dolnośląskie, opolskie, śląskie,
 - w kwestionariuszu przesiewowym STarT Back Tool uzyskałam/em całkowity wynik ≥ 4 oraz w kwestionariuszu przesiewowym zapalnego bólu kręgosłupa uzyskałam/em całkowity wynik ≥ 4 .
- TAK
 NIE

Jestem osobą bezrobotną ale aktywnie poszukuję zatrudnienia i jestem gotowa/y podjąć pracę (jeśli dotyczy)

- TAK

Jestem osobą, która:

- nie przebyła urazu kręgosłupa,
 - nie ma rozpoznanej i leczonej choroby autoimmunologicznej, w tym pod kątem bólów przewlekłych kręgosłupa,
 - nie ma rozpoznanej i leczonej przewlekłe farmakologicznie i/lub operacyjnie choroby kręgosłupa,
 - nie chorowałam/em na nowotwory,
- TAK
 NIE

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika

¹ Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia tj. osoba w wieku aktywności zawodowej to osoba pracująca, osoba bezrobotna zarejestrowana albo niezarejestrowana w urzędzie pracy oraz osoba w wieku emerytalnym, która ∞ pozostaje bez pracy ale aktywnie poszukuje zatrudnienia i jest gotowa podjąć pracę.



.....
Pieczęć nagłówkowa

SKIEROWANIE NA WARSZTATY
z rehabilitacji ruchowej do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Imię i nazwisko.....

PESEL I...I...I...I...I...I...I...I...I...I...I

Adres zamieszkania.....

Rozpoznanie.....

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji)

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis lekarza medycyny pracy



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

Tytuł projektu: „Kręgosłup bez bólu – Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0022/19

Tytuł programu profilaktycznego: Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<input type="checkbox"/> I Wizyta u lekarza medycyny pracy
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne	



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

Tytuł projektu: „Kręgosłup bez bólu – Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0022/19

Tytuł programu profilaktycznego: Ogólnopolski program profilaktyki przewlekłych bólów kręgosłupa

<p>Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych</p>	<p><input type="checkbox"/> II Wizyta u lekarza medycyny pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie OB</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie morfologii krwi</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie CRP</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa</p> <p><input type="checkbox"/> Badanie obrazowe RTG miednicy</p>
<p>Imię i nazwisko uczestnika</p>	
<p>PESEL</p>	
<p>Adres zamieszkania</p>	
<p>Województwo</p>	
<p>Data udzielenia świadczenia zdrowotnego</p>	
<p>Podpis uczestnika projektu</p>	
<p>Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego</p>	
<p>Adres podmiotu leczniczego</p>	
<p>Województwo</p>	
<p>Data udzielenia świadczenia zdrowotnego</p>	
<p>Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne</p>	
<p>Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne / diagnostyczne</p>	



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Minister Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.
2. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 6.1.a lub 6.1.b lub 6.1.f **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)**. – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – *Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00 – 952 Warszawa, ul. Miodowa 15*, Beneficjentowi realizującemu Projekt - *Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu* oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjanta uczestniczą w realizacji projektu: *Pracodawcy Zdrowia*. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjanta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjanta kontrole i audyt w ramach PO WER.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika Projektu



FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA PROJEKTU

	NAZWA	DANE UCZESTNIKA PROJEKTU										
Dane Uczestnika	IMIĘ											
	NAZWISKO											
	PESEL											
	WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne					<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe					
Dane kontaktowe Uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu)											
	Kod pocztowy/ Miejscowość											
	Powiat/ Gmina											
	Telefon kontaktowy											
	Adres e-mail											
Status uczestnika w dniu przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy										
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy										
	Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy										
	Osoba pracująca w tym zatrudniona w: <input type="checkbox"/> W administracji rządowej <input type="checkbox"/> W administracji samorządowej <input type="checkbox"/> W organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie)	<input type="checkbox"/> W dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie dotyczy										
	Wykonywany zawód:											
	Czy należy Pan/-i do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji								
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE									
	Osoba z niepełnosprawnościami* Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) np.: osoba zamieszkująca na terenach wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji								

*Jeśli TAK, proszę opisać, czy ma Pan/Pani specjalne wymagania związane z niepełnosprawnością (np. podjazd dla wózka inwalidzkiego itp.):

.....

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis Uczestnika Projektu



Kwestionariusz STarT Back Tool [60] to jest przesiewowy

Imię i nazwisko osoby badanej.....

Data badania.....

Biorąc pod uwagę ostatnie 2 tygodnie, proszę zaznaczyć odpowiedź na każde z poniższych pytań:

	Zgadzam się 1	Nie zgadzam się 0
1. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu pleców promieniującego wzdłuż nogi (nóg)		
2. W ciągu ostatnich dwóch tygodni doświadczyłam (em) bólu ramion albo karku		
3. Z powodu bólu pleców pokonuję pieszo tylko niewielkie odległości		
4. W ciągu ostatnich dwóch tygodni, z powodu bólu pleców ubierałam (łem) się wolniej niż zwykle		
5. Wykonywanie aktywności fizycznych nie jest zbyt bezpieczne dla osoby z taką dolegliwością jak moja		
6. Bardzo często zamartwiam się		
7. Mam poczucie, że mój ból pleców jest okropny i że nigdy się nie poprawi		
8. Generalnie nic mnie nie cieszy		
9. Ogólnie, jak bardzo uciążliwy był dla Pani (Pana) ból pleców w ciągu ostatnich dwóch tygodni		
Wcale Trochę Średnio Bardzo Ogromnie (Zaznacz krzyżykiem właściwą odpowiedź)		
Całkowity wynik (wszystkie 9 pytań): _____ Częściowy wynik (pytania 5-9): _____		

Interpretacja:

Całkowity wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Całkowity wynik ≥ 4 – wysokie ryzyko tylko CI pacjenci idą na wizytę do lekarza medycyny pracy

Częściowy wynik ≤ 3 – niskie ryzyko

Częściowy wynik ≥ 4 – niskie ryzyko tylko CI pacjenci idą na wizytę do lekarza medycyny pracy



Kwestionariusz przesiewowy w kierunku spondyloartropatii.

Imię i nazwisko osoby badanej

Data badania.....

L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się przed 45 rokiem życia ?		
2.	Czy Twój ból kręgosłupa rozpoczął się podstępnie i trwa > 3 miesięcy ?		
3.	Czy Twój ból kręgosłupa zmniejsza się po ruchu i ćwiczeniach ?		
4.	Czy Twój ból kręgosłupa nie zmniejsza się po wypoczynku ?		
5.	Czy Twój ból kręgosłupa występuje w drugiej połowie nocy i ustępuje po wstaniu z łóżka i rozruszaniu się ?		
6.	Czy bólowi towarzyszy sztywność poranna kręgosłupa trwająca > 30 minut ?		
7.	Czy występują naprzemienne bóle pośladków?		
8.	Czy jest poprawa po zastosowaniu NLPZ ?		
	Wynik całkowity		

Interpretacja wyników

Podejrzenie spondyloartropatii (wynik pozytywny) ≥ 4 punkty - tylko CI pacjenci idą na wizytę do lekarza medycyny pracy



Data r.

PROTOKÓŁ ODBIORU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Dotyczy umowy w ramach projektu „Kręgosłup bez bólu - Profilaktyka Przewlekłych Bólów Kręgosłupa realizowana w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu” w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Wykonawca:

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

1. Numer umowy: z dnia Cena umowna: .:

- I i II wizyta u lekarza medycyny pracy – 74 zł
- badanie OB – 9,10 zł
- badanie morfologii krwi – 12,60 zł
- badanie CRP – 18,90 zł
- badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa – 74,20 zł
- badanie obrazowe RTG miednicy – 59,40 zł

Strony stwierdzają, że Wykonawca przesłał Partnerowi Projektu tj. Pracodawcy Zdrowia następującą ilość prawidłowo wypełnionej dokumentacji związanej ze świadczeniem lekarza jednostki służby medycyny pracy:

Ilość: I wizyta u lekarza medycyny pracy

Ilość: II wizyta u lekarza medycyny pracy

Ilość: badanie OB

Ilość: badanie morfologii krwi

Ilość: badanie CRP

Ilość: badanie obrazowe RTG AP i boczne kręgosłupa

Ilość: badanie obrazowe RTG miednicy

Protokół jest podstawą do wystawienia przez Wykonawcę rachunku na kwotę:

..... (słownie: 00/100 brutto).

Wykonawca

Zamawiający

.....
data, podpis i pieczętka/

.....
/data, podpis i pieczętka/