**Załącznik nr 5**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane o Oferencie** | **Opisać spełnienie wymagań** |
| 1. zatrudnienie kierownika poradni – wymagany lekarz ze specjalizacją z zakresu onkologii lub lekarz ze specjalizacją z genetyki klinicznej   wskazanie czy kierownik poradni jest również konsultantem poradni | *Wskazać:*  *- imię i nazwisko kierownika poradni,*  *- specjalizacja,*  *- staż zawodowy,*  *- staż w zakresie poradnictwa kierownika poradni.*  *Nie jest wymagane przesyłanie kopii dyplomów i certyfikatów.*  *Kierownik poradni jest również konsultantem poradni*  ❒ *tak /* ❒*nie \** |
| 1. zatrudnienie lekarzy konsultantów: specjalisty genetyka klinicznego i specjalisty z zakresu onkologii | *Wskazać:*  *- imię i nazwisko lekarzy konsultantów*  *- specjalizacja (przy nazwisku każdego z lekarzy należy wskazać posiadane kwalifikacje (specjalizacja),*  *Nie jest wymagane przesyłanie kopii dyplomów i certyfikatów)* |
| 1. zatrudnienie lekarzy, którzy ukończyli pierwszy rok specjalizacji z genetyki klinicznej lub z zakresu onkologii oraz uzyskali potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej | *Wskazać imię i nazwisko i kwalifikacje lekarzy konsultantów (przy nazwisku każdego z lekarzy należy wskazać posiadane kwalifikacje - rodzaj i rok specjalizacji (nie jest wymagane przesyłanie kopii dyplomów i certyfikatów)* |
| 1. potwierdzenie, ze wskazani w pkt. 3) lekarze w trakcie specjalizacji z genetyki klinicznej lub z zakresu onkologii, uzyskali potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej ` | *Lekarze uzyskali potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę w poradni specjalistycznej*  ❒ *tak /* ❒ *nie \** |
| 1. Liczba porad genetycznych udzielonych w poradni ogółem oraz średnio miesięcznie w 2017 r. | *Wskazać liczbę porad z zaznaczeniem, która dotyczy porad ogółem i średnio miesięcznie* |
| 1. Liczba probantów skierowanych w  2017 r. roku do molekularnych badań nosicielstwa *genów APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH i EPCAM* | *Wskazać liczbę.* |
| 1. Liczba nosicieli mutacji genu *APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH i EPCAM,* wykrytych w 2017 r. | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba zarejestrowanych w poradni rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i raka błony śluzowej trzonu macicy | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba nosicieli mutacji genu *APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH i EPCAM* które były objęte programem opieki w roku 2017 r. | *Wskazać liczbę* |
| **Dane o jednostkach współpracujących** | **Opisać spełnienie wymagań** |
| 1. nazwa współpracującej pracowni diagnostyki molekularnej posiadającej doświadczenie w badaniach genów APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH i EPCAM, imię i nazwisko kierownika, liczba badań nosicielstwa mutacji genu *APC, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, MUTYH i EPCAM* wykonanych w roku 2017 | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres współpracującej jednostki endoskopowej ze wskazaniem:   - liczby badań kolonoskopowych wykonanych w jednostce w roku 2017  - czy pracownia prowadzi badania gastroskopowe | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres współpracującego zakładu/pracowni patologii (patomorfologii) – w zakresie badań immunohistochemicznych (jeśli takie są wykonywane) | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. współpraca z ginekologiem: nazwa i adres jednostki, wyposażenie do badań (USG przezpochwowe, USG dopplerowskie) | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres palcówki do której będą kierowani chorzy, u których rozpoznano raki jelita grubego, duże polipy w jelicie grubym, raki jajnika i trzonu macicy, | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. liczba pierwszorazowych chorych na raka jelita grubego, z polipami jelitowymi i na raka błony śluzowej trzonu macicy leczonych w 2017 roku w placówce | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |

**\* właściwe zaznaczyć „X”**

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta