**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