**Załącznik nr 5b**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**INFORMACJA O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**

**(wypełnić w przypadku wnioskowania o realizację zadania w zakresie choroby von Hippel-Lindau)**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 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 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. do molekularnych badań nosicielstwa VHL | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba nosicieli mutacji genu VHL wykrytych w 2017 r. | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba zarejestrowanych rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na chorobę von Hippel-Lindau | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba nosicieli mutacji genu VHL, którzy byli objęci programem opieki w 2017 r. | *Wskazać liczbę* |
| **Dane o jednostkach współpracujących** | **Opisać spełnienie wymagań** |
| 1. nazwa współpracującej pracowni diagnostyki molekularnej, imię i nazwisko kierownika, liczba badań nosicielstwa mutacji genu VHL wykonanych w roku 2017 zgodnie z zasadami wskazanymi dla podwykonawcy | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. posiadanie możliwości wykonania badania OUN metodą rezonansu magnetycznego | ❒ *tak /* ❒ *nie \** |
| 1. współpraca z okulistą: nazwa i adres jednostki, posiadającej wyposażenie do badań dna oka w lustrze Goldmana | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres współpracującego zakładu diagnostyki obrazowej, posiadanie przez zakład certyfikatu kontroli jakości w zakresie wykonywania badań radiologicznych | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres jednostki, w której wykonywane będą badania metodą rezonansu magnetycznego | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres jednostki, w której wykonywane będą badania USG i TK jamy brzusznej | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. liczba pierwszorazowych chorych na VHL 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