**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