**Załącznik nr 4**

**OFERTA REALIZACJI ZADANIA**

…………………………

*Pieczęć oferenta*

**PLAN RZECZOWO – FINANSOWY NA ROK ……..**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  |  | **Zakres świadczeń** | **Liczba badań** | **Cena jednostkowa (w zł)**  | **Koszt (w zł)**  |
|
| 1. | **Wprowadzenie rodziny do rejestru wysokiego ryzyka** | **Koszty wprowadzenia rodziny do rejestru** | zidentyfikowanie jednej osoby z rodziny wysokiego ryzyka, opis obciążenia i wprowadzenie do rejestru; koszt koordynacji działań |  |  |  |
| wizyta lekarska z wydaniem wyniku konsultacji genetycznej oraz edukacją pacjenta |  |  |  |
| **Badanie wstępne/przesiewowe w kierunku zespołu Lyncha** |  | ocena ekspresji genów *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2,* w tkance nowo (w ciągu roku od diagnozy) rozpoznanych raków jelita grubego u pacjentów przed 60 rokiem życia  |  |  |  |
| 2. | **Badania molekularne** | **Koszty badań molekularnych** | koszt wykrycia jednego nosiciela/ki *APC* i/lub *MLH1, MSH2, MSH6,PMS2, STK11, SMAD4, BMPR1A, EPCAM* i *MUTYH,*; zawiera całkowity koszt badań (w tym takich jak: molekularne, immunohistochemiczne czy niestabilność mikrosatelitarna) |  |  |  |
| 3. | **Objęcie opieką pacjentów z rodzin wysokiego ryzyka** | **Koszty opieki nad jednym pacjentem** | coroczna konsultacja lekarska, skierowanie do badań; koszt koordynacji opieki |  |  |  |
| kolonoskopia z ewentualnym znieczuleniem u osób nie objętych programem NFZ\* |  |  |  |
| USG ginekologiczne |  |  |  |
| oznaczenie stężenia CA 125 w surowicy krwi |  |  |  |
| dodatkowa wizyta konsultacyjna |  |  |  |
| **RAZEM:** | **....... zł** |

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

 Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

 do reprezentowania oferenta