**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, że 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. do molekularnych badań nosicielstwa *BRCA1 i/lub BRCA2*
 | *Wskazać liczbę*  |
| 1. Liczba nosicielek mutacji genu *BRCA1* i/lub *BRCA2,* wykrytych w 2017 r.
 | *Wskazać liczbę*  |
| 1. Liczba zarejestrowanych rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika
 | *Wskazać liczbę* |
| 1. Liczba nosicielek mutacji genu *BRCA1 i/lub BRCA2*, które były objęte programem opieki w 2017 r.
 | *Wskazać liczbę*  |
| 1. Posiadanie możliwości wykonania badania piersi metodą rezonansu magnetycznego
 | ❒ tak / ❒ nie \**W przypadku współpracy z podwykonawcą – wskazać nazwę i adres podwykonawcy badań w zakresie „Danych o jednostkach współpracujących” w tabeli poniżej* |
| **Dane o jednostkach współpracujących**  | **Opisać spełnienie wymagań** |
| 1. nazwa współpracującej pracowni diagnostyki molekularnej, imię i nazwisko kierownika, liczba badań nosicielstwa mutacji genu *BRCA1* i/lub *BRCA2* wykonanych w roku 2017 zgodnie z zasadami wskazanymi dla podwykonawcy
 | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. nazwa i adres współpracującego zakładu diagnostyki obrazowej, imię i nazwisko kierownika; liczba badań mammograficznych i USG (ogółem) wykonanych w roku 2017, posiadanie przez zakład certyfikatu kontroli jakości w zakresie wykonywania badań mammograficznych.
 | *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 jednostki, w której wykonywane będą badania piersi metodą rezonansu magnetycznego
 | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem*  |
| 1. nazwa i adres palcówki do której będą kierowani chorzy, u których rozpoznano raki piersi i jajnika w badaniach objętych programem
 | *Wskazać dane zgodnie z wymaganiem* |
| 1. liczba pierwszorazowych chorych na raka piersi i raka jajnika 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