

Sprawozdanie na temat działalności gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej oraz gabinetów stomatologicznych w prowadzonych przez Gminę Miejską Kraków szkołach i placówkach

Proszę wypełnić ankietę poprzez uzupełnienie lub zakreślenie:

- I. 1. **Rok sprawozdawczy:**
2. **Nazwa i adres szkoły/placówki oraz pieczęć nagłówkowa :**
.....
.....

II. Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej:

1. **Liczba uczniów ogółem objętych profilaktyczną opieką zdrowotną:**
w tym niepełnosprawnych:
2. **Harmonogram godzin pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej w szkole, w poszczególnych dniach tygodnia:**

Lp.	a) finansowanych ze środków NFZ:	b) finansowanych ze środków GMK:	Liczba godzin i minut łącznie w danym dniu
1.	Poniedziałek: od.....do.....	Poniedziałek: od.....do.....	
2.	Wtorek: od.....do.....	Wtorek: od.....do.....	
3.	Środa: od.....do.....	Środa: od.....do.....	
4.	Czwartek: od.....do.....	Czwartek: od.....do.....	
5.	Piątek: od.....do.....	Piątek: od.....do.....	
6.	Razem godzin: minut:	Razem godzin: minut:	Razem godzin: minut:

3. **Nazwa i adres świadczeniodawcy realizującego świadczenia zdrowotne na terenie szkoły/placówki:**
.....
.....
4. **Czy na terenie szkoły/placówki realizowane są programy polityki zdrowotnej adresowane do dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu Gminy Miejskiej Kraków?**

TAK

NIE

W przypadku udzielenia odp. „TAK”, proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Nazwa podmiotu realizującego program
1.	„Program wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”		
2.	INNE *		
3.			

* Inne np. program profilaktyki astmy i chorób alergicznych, Program profilaktyki wad postawy

5. Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze (obok wymienionych poniżej sprzętów proszę wpisać: TAK lub NIE)

1) wyposażenie gabinetu:

a) kozetka,

b) stolik zabiegowy lub stanowisko pracy - urządzone i wyposażone stosownie do *zakresu* zadań pielęgniarki szkolnej,

c) szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych,

d) biurko oraz szafka kartoteczna - przeznaczone do przechowywania dokumentacji medycznej,

e) waga medyczna ze wzrostomierzem,

f) parawan,

g) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych,

h) stetoskop,

i) tablice Snellena do badania ostrości wzroku,

j) tablice Ishihary do badania widzenia barwnego,

k) tablice - siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników,

l) środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów

2) przenośna apteczka pierwszej pomocy wyposażona zgodnie z obowiązującymi przepisami

Inne informacje/uwagi:
.....
.....
.....

III. Gabinet stomatologiczny:

1. Czy w szkole jest gabinet stomatologiczny?

W przypadku udzielenia odp. „TAK”, proszę podkreślić właściwą informację zamieszczoną w nawiasie:

TAK: (funkcjonuje / nie funkcjonuje); NIE

W przypadku udzielenia odp. „TAK”, proszę wypełnić pozostałe punkty III części Sprawozdania.

2. Świadczenia z zakresu profilaktyki stomatologicznej dla uczniów szkoły/placówki realizowane są (proszę wskazać):

a) w gabinecie stomatologicznym znajdującym się na terenie szkoły/placówki
w gabinecie stomatologicznym znajdującym się na terenie innej szkoły;

b) indywidualnie;

c) inne:.....

3. Liczba uczniów objętych profilaktyczną opieką stomatologiczną:

- a) na terenie szkoły/placówki:,
w tym niepełnosprawnych:
b) spoza szkoły/placówki, objętych opieką na terenie szkoły/placówki:,
w tym niepełnosprawnych:

4. Wskazanie godzin pracy w szkole lekarza stomatologa/dentysty, w poszczególnych dniach tygodnia:

Poniedziałek: od.....do.....
Wtorek: od.....do.....
Środa: od.....do.....
Czwartek: od.....do.....
Piątek: od.....do.....
Razem godzin: minut:

4. Nazwa i adres świadczeniodawcy realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie stomatologii na terenie szkoły/placówki:

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

5. Czy na terenie szkoły realizowane są miejskie programy polityki zdrowotnej z zakresu świadczeń stomatologicznych adresowane do dzieci i młodzieży, finansowane z budżetu Gminy Miejskiej Kraków?

TAK NIE

W przypadku udzielenia odp. „TAK”, proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Nazwa podmiotu realizującego program
1.			
2.			

6. Programy profilaktyczne finansowane z innych źródeł:

Czy na terenie szkoły realizowane są programy profilaktyczne, finansowane z innych źródeł niż budżet Gminy Miejskiej Kraków?

TAK NIE

W przypadku udzielenia odp. „TAK”, proszę wpisać odpowiednie dane do poniższej tabeli.

Lp.	Nazwa programu	Liczba uczniów objętych programem	Nazwa podmiotu realizującego program	Źródło finansowania programu
1.				
2.				

7. Inne uwagi dotyczące organizacji opieki zdrowotnej na terenie szkoły/placówki:

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

Dziękujemy za wypełnienie ankiety.

Kraków, dnia

.....
(podpis i pieczęćka imienna
dyrektora szkoły/placówki)