

.....
(pieczęć realizatora)

.....
(miejsowość, data)

SPRAWOZDANIE ZA MIESIĄC

.....
**z realizacji „Programu profilaktyki zakażeń HCV dla mieszkańców powiatu
kartuskiego na lata 2017-2019” w 2017 r. i 2018 r. – część diagnostyczna**

1. Liczba ankiet załączonych do sprawozdania

Ankieta kwalifikująca do przeprowadzenia badania krwi na obecność przeciwciał anty-HCV sztuk	Potwierdzam liczbę załączonych ankiet podpis pracownika urzędu
Ankieta oceny jakości świadczeń wykonywanych w ramach realizacji programu sztuk	Potwierdzam liczbę załączonych ankiet podpis pracownika urzędu

2. Liczba pacjentów, u których wykonano badanie

Lp.	Wiek pacjenta	Płeć pacjenta (M – mężczyzna K – kobieta)	Data wykonania badania	Wynik badania (P – pozytywny, N – negatywny)

Informację sporządził/a:

.....
(czytelny podpis)