

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zameldowania	
Adres zamieszkania	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego	
Tel. kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

II. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody rodzica na udzielenie świadczeń zdrowotnych i pozostałych usług w Programie, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń.

.....
(data i podpis rodzica uczestnika Programu)

III. Działania edukacyjne

Nazwa świadczenia i daty udziału w zajęciach	Informacja dla celów ewaluacji
<i>Warsztaty z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej</i>	Wynik pre-testu:
<i>1 spotkanie dnia:</i>	Wynik post-testu:
<i>2 spotkanie dnia:</i>	Przyrost lub utrzymanie poziomu wiedzy: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<i>3 spotkanie dnia:</i>	

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

IV. Kwalifikacja do etapu II

Niniejszym zaświadczam, że pacjenta zakwalifikowano do II etapu Programu z uwagi na występowanie nadwagi/otyłości z wartością BMI tj.:

- BMI 90-97 centyla – nadwaga
- BMI powyżej 97 centyla – otyłość

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

V. Etap II (interwencja multikomponentowa)

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia i informacje dla celów ewaluacji
1. Konsultacje dietetyczne	1 spotkanie dnia: BMI: 2 spotkanie dnia: BMI: 3 spotkanie dnia: BMI: 4 spotkanie dnia: BMI: 5 spotkanie dnia: BMI: 6 spotkanie dnia: BMI: Zmiana pozytywna w zakresie BMI: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2. Konsultacje psychologiczne	1 spotkanie dnia: 2 spotkanie dnia: 3 spotkanie dnia:
3. Konsultacje z zakresu aktywności ruchowej	1 spotkanie dnia: 2 spotkanie dnia: 3 spotkanie dnia:

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba rodziców, uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
Liczba dzieci, uczestniczących w działaniach edukacyjnych	
Liczba dzieci, które zgłosiły się na badania przesiewowe	
Liczba dzieci, które zakwalifikowano do II etapu Programu	
Liczba dzieci uczestniczących w II etapie Programu, z podziałem na poszczególne interwencje	
Liczba dzieci, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania wraz z podaniem przyczyn tych decyzji	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Ewaluacja	
Liczba i odsetek dzieci z nadwagą lub otyłością, u których uzyskano obniżenie wartości wskaźnika BMI o co najmniej 3 centyle	
Liczba i odsetek rodziców, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami w ramach edukacji zdrowotnej	
Liczba i odsetek dzieci, u których utrzymano lub uzyskano wysokim poziom wiedzy w związku z podjętymi działaniami w ramach edukacji zdrowotnej	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejsowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)
sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji rodzica uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026” (wzór)

I. Ocena rejestracji

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena jakości badań przesiewowych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby wykonującej pomiary antropometryczne?					
poszanowanie prywatności podczas badań?					
staranność wykonywania badań?					

III. Ocena jakości porad dietetycznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość dietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

IV. Ocena jakości porad psychologicznych

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość psychologa/psychodietetyka?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

V. Ocena jakości porad z zakresu aktywności ruchowej

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość osoby udzielającej porad?					
poszanowanie prywatności podczas udzielania porad?					
staranność wykonywania porad?					

VI. Ocena warunków panujących w przychodni/gabinecie

Jak Pan/Pani ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
oznakowanie gabinetów?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie

--

Ewidencja osób biorących udział w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród uczniów uczęszczających do szkół podstawowych w Gminie Miejskiej Świdwin na lata 2024-2026”

Rozliczenie świadczeń za miesiąc

L.P.	imię i nazwisko	adres zamieszkania	data urodzenia	data i rodzaj przeprowadzonej interwencji

.....
(miejsowość, data , podpis osoby upoważnionej)