

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

Proszę wypełnić sprawozdanie poprzez uzupełnienie lub zakreślenie:

I. Dane ogólne.

1. Sprawozdawczość za rok szkolny:

2. Nazwa i adres szkoły/ placówki oraz pieczęć nagłówkowa:

Nazwa i adres szkoły / placówki	Pieczęć nagłówkowa
.....	

II. Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej:

1.

Liczba uczniów <u>ogółem</u> objętych profilaktyczną opieką zdrowotną:	
w tym <u>niepełnosprawnych</u>:	

2. Miejsce realizacji świadczeń (proszę zaznaczyć jedno pole)

- ☐ Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole
- ☐ Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w budynku
należącym do innej szkoły
- ☐ Gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej poza szkołą (proszę wskazać gdzie)
.....
- ☐ Inne pomieszczenie niż gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej (proszę wskazać jakie)
.....

3. 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.....	 godz. min.
2.	Wtorek: od.....do.....	Wtorek: od.....do.....	 godz. min.
3.	Środa: od.....do.....	Środa: od.....do.....	 godz. min.
4.	Czwartek: od.....do.....	Czwartek: od.....do.....	 godz. min.
5.	Piątek: od.....do.....	Piątek: od.....do.....	 godz. min.
6.	Razem godzin: minut:	Razem godzin: minut:	Razem godzin: minut:

4. Nazwa i adres świadczeniodawcy realizującego świadczenia zdrowotne:

.....

5. 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.	„Program profilaktyki wad postawy u dzieci”		
3.	„Program profilaktyki astmy i chorób alergicznych młodzieży szkolnej”*		

** realizacja Programu w ramach Miejskiego Programu Ochrony Zdrowia „Zdrowy Kraków 2019-2021” od 2020 roku*

6. 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.				
3.				

7. Wyposażenie gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze (proszę zaznaczyć właściwe)

a) kozetka:

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

e) waga medyczna ze wzrostomierzem:

☐ TAK ☐ NIE

f) parawan:

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

h) stetoskop:

☐ TAK ☐ NIE

i) tablice Snellena do badania ostrości wzroku:

☐ TAK ☐ NIE

j) tablice Ishihary do badania widzenia barwnego:

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

l) środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów

☐ TAK ☐ NIE

m)przenośna apteczka pierwszej pomocy wyposażona zgodnie z obowiązującymi przepisami

☐ TAK ☐ NIE

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

III. Gabinet stomatologiczny:

1. Czy w szkole jest gabinet stomatologiczny?

☐ TAK ☐ NIE

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

2. ☐ funkcjonuje ☐ nie funkcjonuje

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

- ☐ w gabinecie stomatologicznym znajdującym się na terenie szkoły/placówki
- ☐ w gabinecie stomatologicznym znajdującym się na terenie innej szkoły
- ☐ inne (proszę wskazać gdzie)

4. Liczba uczniów objętych profilaktyczną opieką stomatologiczną:

	Liczba uczniów ogółem	W tym: liczba uczniów niepełnosprawnych
Uczniowie uczęszczający do szkoły/placówki		
Uczniowie spoza szkoły/placówki, objęci opieką na terenie szkoły/placówki		

5. Godziny pracy w szkole/placówce 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:**

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

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

7. 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.	„Program profilaktyki próchnicy u dzieci”		

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dziękujemy za wypełnienie sprawozdania.

Kraków, dnia

.....

*(podpis i pieczęć imienna
dyrektora szkoły/placówki)*