Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 88/2025.

 Wójta Gminy Kołobrzeg

 z dnia 29 lipca 2025r.

 Sprawozdanie końcowe

z realizacji programu polityki zdrowotnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa programu polityki zdrowotnej:****Nr umowy****Data zawarcia umowy****Kwota przeznaczona na realizację zadania** |  |
| **Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:** **..............................** | **Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:** **................................. r.** |
| **Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:****Cel główny:** **Cele szczegółowe:** |
| **Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:** |
| **Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:** • liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie: • liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów: • liczba osób poddanych działaniom informacyjno - edukacyjnym: • liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia:* liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie wraz

z podaniem przyczyny rezygnacji:* liczba hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych z powodu raka piersi:
* liczba osób objętych badaniem USG:
* liczba osób objętych badaniem mammografii:
* liczba osób wskazanych do dalszego leczenia:
 |
| **Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2025r.**

|  |
| --- |
| **Sprawozdanie z wykonania zadania uwzględniające koszty administracyjne:** |
| **Lp.** | **Opis**  | **Jedn.** **miary** | **Koszt jednostkowy****(w zł)** | **Koszt całkowity****(w zł)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| **Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacjiprogramu polityki zdrowotnej** | **Opis podjętych działań modyfikujących** |

 Podpis osoby uprawnionej