

## REGULAMIN PROJEKTU

### **„Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”**

#### DEFINICJE

Ilekcioć w regulaminie jest mowa o:

1. „danych osobowych” oznacza to dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych zwanej dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”, oraz rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.U.E.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04, ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2018 poz. 1000) dotyczące uczestników Projektu, które muszą być przetwarzane przez Instytucję Zarządzającą oraz Beneficjenta;
2. „uczestnik Projektu” oznacza uczestnika w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, zwanych dalej „Wytycznymi w zakresie monitorowania”, zamieszczonych na stronie internetowej Instytucji Pośredniczącej;
3. „projekt”- oznacza Projekt „Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim” (dalej Projekt), realizowany na terenie 3 województw: mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko – mazurskiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne; zgodnie z umową nr: POWR.05.01.00-00-0035/17-00;
4. „przetwarzanie danych osobowych” oznacza to jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych;
5. „POZ”- podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
6. „placówka POZ”- placówka podstawowej opieki medycznej;
7. „AOS” – ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
8. „Beneficjent projektu”- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku z siedzibą , 15-276 Białystok, ul. Marii Skłodowskiej Curie nr 24A.

8. „Partner Projektu” – Podlaski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie z siedzibą, 15-727 Białystok, ul. Hetmańska 40/103.

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim” (dalej Projekt), realizowanym na terenie 3 województw: mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

2. Regulamin określa:

- a) cel Projektu,
- b) zakres wsparcia,
- c) procedurę rekrutacji Uczestników i Podmiotów do udziału w Projekcie,
- d) monitoring Uczestników Projektu,
- e) postanowienia końcowe.

3. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa na podstawie umowy z Instytucją Pośredniczącą – Skarbem Państwa - Ministrem Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15; 00-952 Warszawa nr: POWR.05.01.00-00-0035/17-00

4. Każdy z kandydatów na Uczestnika Projektu lub Podmiot zaangażowany w realizację Projektu zobowiązany jest do zapoznania się z Regulaminem Projektu.

5. Projekt realizowany jest w okresie od 2018-01-15 do 2020-03-31

6. Biuro Projektu mieści się w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku pod adresem: ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok

7. W ramach projektu wsparciem zostanie objętych 6056 osób w wieku 40-65 lat – kobiet i mężczyzn (2543 K i 3513 M) będących w grupie podwyższonego ryzyka (tj.: osoby palące papierosy, nadużywające alkohol, osoby z otyłością brzusznią, a także osoby u których stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, migotanie przedsionków, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych czy zaburzenia gospodarki lipidowej).

8. W ramach projektu wsparciem zostanie objętych 60 placówek POZ (jednostki otrzymujące wsparcie) oraz 120 (100K i 20M) osób zatrudnionych (bez względu na formę zatrudnienia) w placówkach podstawowej opieki medycznej (pracownicy/osoby współpracujące z POZ). Wsparcie polegać będzie na udziale w szkoleniu dla personelu medycznego POZ, umożliwiającym pracownikom POZ nabycie nowych kompetencji. POZ wskaże co najmniej 2 osoby współpracujące z placówką POZ (lekarz lub pielęgniarka), które wezmą udział w szkoleniach organizowanych przez Beneficjenta. Osoby przeszkolone będą zobowiązane po

wstępnej selekcji na podstawie kryteriów kwalifikacji do wytypowania pacjentów, którzy zostaną poddani badaniom w kierunku diagnostyki profilaktyki chorób naczyń mózgowych.

## II. CEL PROJEKTU

Główne cele projektu to: poprawa wykrywalności i profilaktyki w obszarze chorób naczyń mózgowych, w szczególności udarów mózgu i przemijającego ataku niedokrwienego (TIA), u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) na obszarze 3 województw (mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego). Cele projektu wynikają z celu szczegółowego POWER tj: Wdrożenie i rozwój programów profilaktycznych w zakresie chorób negatywnie wpływających na zasoby pracy dedykowanych osobom w wieku aktywności zawodowej.

## III. ZAKRES WSPARCIA

W celu osiągnięcia w/w rezultatów, Projekt zakłada realizację następujących działań:

1. Edukacja personelu medycznego (lekarze/lekarki POZ i pielęgniarki/pielęgniarze zatrudnieni lub współpracując z placówką POZ). W ramach zadania planuje się przeprowadzenie cyklu szkoleń dla 120 osób (personelu medycznego: 100 kobiet i 20 mężczyzn) zatrudnionych lub współpracujących z placówką POZ z obszaru 3 województw (mazowieckie, podlaskie, warmińsko-mazurskie) z zakresu:

- a) prowadzenie działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych
- b) znajomość metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru,
- c) umiejętności leczenia oraz terapii i profilaktyki wtórnej u chorych z chorobami naczyń mózgowych
- d) umiejętności prowadzenia procesu rehabilitacji osób z chorobami naczyń mózgowych
- e) właściwa komunikacja z chorym.

Szkolenia zostaną przeprowadzone zgodnie z harmonogramem ustalonym po zakończeniu naboru placówek POZ, który będzie zamieszczony na stronie [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl).

2. Wytypowanie osób do badań przesiewowych i realizacja świadczeń zdrowotnych.

Lekarze POZ z placówek POZ, które wezmą udział w projekcie wytypują spośród pacjentów pozostających pod jego opieką (tzw. listy aktywnej pacjentów) pacjentów w wieku 40-65 lat posiadających czynniki ryzyka zwiększające ryzyko wystąpienia udaru mózgu i osobiste zaproszenie ich do udziału w programie. Do programu badań profilaktycznych kwalifikowani będą, w szczególności pacjenci zgłaszający się do lekarzy POZ w wieku 40-65 lat, u których na podstawie badania za pomocą „checklisty” zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu ( m.in. palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, brak aktywności fizycznej). Po podpisaniu deklaracji uczestnictwa w Programie Pacjent zostanie włączony do Programu i zostanie poproszony o wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę na temat chorób naczyń

mózgowych, w tym udaru mózgu. Ankieta oceniająca wiedzę pacjenta będzie przeprowadzona dwukrotnie, na początku i na zakończenie udziału uczestnika w Programie.

Ankieta ma na celu z jednej strony identyfikację potrzeb edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych pacjentów POZ, zgłaszających się i kwalifikujących się do Programu, jak również ocenę skuteczności przeprowadzonych interwencji edukacyjnych i zachowań prozdrowotnych po zakończeniu udziału w Programie. Ankieta będzie wręczana uczestnikom przez pracowników podmiotów świadczących usługi w zakresie POZ na początku i na zakończeniu udziału w Programie.

Pacjenci z grupy ryzyka, u których występują objawy choroby, mogą zgłosić się do programu samodzielnie, poprzez zgłoszenie do POZ/AOS. W przypadku gdy pacjent zgłosi się na badanie w etapie podstawowym samodzielnie, przy rejestracji na badanie konieczne będzie wypełnienie ankiety – „checklisty” dotyczącej obecności czynników ryzyka.

Realizacja programu diagnostyki pogłębionej będzie prowadzona w poradniach AOS.

3. Konsultacja lekarza POZ (rz. Pakiet podstawowy) – w ramach usługi lekarz POZ wytypuje wśród pacjentów, w szczególności, ze swojej listy aktywnej, osoby które kwalifikują się do Programu, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej z grupy wiekowej 40-65 lat u których na podstawie badania za pomocą „checklisty” i przeprowadzonego wywiadu zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu (m. in. palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, brak aktywności fizycznej). Dodatkowo, pacjent powinien wypełnić ankietę oceniającą wiedzę na temat chorób naczyń mózgowych, w tym udaru mózgu. Ponadto, w ramach badania przedmiotowego lekarz wykonuje następujące badanie fizykalne (standardowe badanie ogólnie-internistyczne): pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu pasa, obwodu bioder, RR na prawej kończynie górnej, RR na lewej kończynie górnej, badanie tętna, osłuchową oceną obu tętnic szyjnych celem wykrycia ewentualnych szmerów wskazujących na stenozę. Po wypełnieniu deklaracji uczestnictwa w Programie oraz, o ile wystąpią czynniki ryzyka, pacjent jest kierowany do kolejnego etapu.

W przypadku braku występowania objawów personel POZ powinien:

- poinformować o ryzyku wystąpienia chorób naczyń mózgowych,
- przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. wystąpienia czynników ryzyka zachorowania na choroby naczyń mózgowych,
- przekazać materiały edukacyjne dot. chorób naczyń mózgowych.

4. Badanie medyczne i konsultacja lekarza POZ (tzw. pakiet rozszerzony) – usługa wykonywana u osób, u których stwierdzono na etapie podstawowym („checklista”, wywiad, standardowe badanie ogólnie-internistyczne) problemy z sercem (np. niemiarną pracę serca, migotanie przedsionków, skargi na kołatanie serca), otyłość brzuszną, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, ale też palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu - wystarczy którakolwiek z ww. przesłanek), składająca się z następujących elementów:

- wykonanie EKG spoczynkowego
- pomiar glikemii (przygodnej za pomocą glukometru)

- badanie lipidogramu (pełny lipidogram, który obejmuje stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL oraz trójglicerydów)

- wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań, edukacja dotycząca czynników ryzyka oraz zalecanych metod modyfikacji postępowania oraz ewentualne skierowanie do dalszej, pogłębionej diagnostyki (w przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wyników ww. badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym, stwierdzenia szmerów podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych).

5. Kompleksowa diagnostyka TIA1 pacjenta realizowana przez AOS w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony) – usługa wykonana u:

- osób, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki ww. badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym lub szmery podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych,
- osób, u których w checkliście stwierdzono przebyte epizody przemijających zaburzeń krążenia mózgowego.

6. W ramach pogłębionego pakietu świadczeń w AOS będą realizowane:

- a) badanie neurologiczne,
- b) wykonanie EKG spoczynkowego (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
- c) pomiar glikemii (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
- d) badanie lipidogramu (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
- e) badanie morfologii krwi,
- f) badanie EKG metoda Holtera
- g) badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych
- h) badanie ECHO serca
- i) badanie neuroobrazujące – TK mózgu (bez „kontrastu”)
- j) wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia.

Dalsze leczenie jest już w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

7. Działania edukacyjne. Zorganizowanie spotkań o charakterze edukacyjno-informacyjnych dla pacjentów. Każdy z 60 POZ zobowiązany jest do przeprowadzenia minimum 1 akcji informacyjnej nt. zwiększenia świadomości grupy docelowej projektu w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów chorób naczyń mózgowych oraz wzorców zdrowego stylu życia. Z przeprowadzonego spotkania POZ przygotowuje i przekazuje Edukatorowi Regionalnemu sprawozdanie z realizacji spotkania edukacyjno-informacyjnego.

8. Wykaz wszystkich placówek biorących udział w projekcie jest aktualizowany na stronach: [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl).

#### IV. REKRUTACJA DO PROJEKTU

1. Rekrutacja prowadzona będzie w oparciu o zasadę niedyskryminacji, w sposób bezstronny, zgodnie z warunkami jawnymi i jednakowymi dla wszystkich osób, uwzględniając kryteria projektu, w oparciu o dokumenty aplikacyjne, zgodnie z zasadą równości szans, równym dostępem do wsparcia bez względu na płeć, niepełnosprawność itp. Przez cały okres rekrutacji Kierownik/czka Projektu prowadzi będzie monitoring w celu zachowania zasady równego dostępu i równego traktowania wszystkich zainteresowanych projektem.
2. Rekrutacja będzie miała charakter ciągły i prowadzona będzie na terenie 3 województw: mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego w okresie od 15.01.2018 r. i potrwa do momentu zrekrutowania: 60 POZ, 6056 osób (2543 Kobiet i 3513 Mężczyzn)
3. Rekrutacja zostanie zawieszona, gdy zbierze się 100% osób i 100% POZ
4. W Projekcie mogą uczestniczyć wszystkie osoby spełniające kryteria uczestnictwa.
5. O zakwalifikowaniu Uczestnika decyduje lekarz POZ lub personel medyczny poradni AOS (w przypadku samozgłoszenia Uczestnika).
6. Dokumenty Rekrutacyjne złożone przez Uczestników nie podlegają zwrotowi i będą przechowywane w dokumentacji projektu.
7. Rekrutacja składa się z następujących etapów:
  - a) Zapoznanie się z Regulaminem projektu „**Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim**” dostępnym na stronie internetowej [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl) w Biurze Projektu oraz u podmiotów współpracujących (placówki POZ, poradnie specjalistyczne)

#### REKRUTACJA PODMIOTÓW SEKTORA OCHRONY ZDROWIA I ICH PRACOWNIKÓW

1. W ramach projektu prowadzony będzie nabór do projektu 60 placówek POZ oraz ich 120 pracowników (lekarze/lekarzki rodzinne i pielęgniarki/pielęgniarze) 100 kobiet i 20 mężczyzn z terenu 3 województw (mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko-mazurskiego).
2. Celem rekrutacji jest wdrożenie programu profilaktyki chorób naczyń mózgowych, w szczególności realizacja świadczeń zdrowotnych na poziomie POZ na rzecz pacjentów znajdujących się w grupie ryzyka (kwalifikacja pacjentów do badań przesiewowych) oraz pogłębienie wiedzy lekarzy i pielęgniarek POZ z zakresu programu profilaktyki chorób naczyń mózgowych poprzez realizację cyklu szkoleń.
3. Rekrutacja do projektu 60 placówek POZ odbywa się w ramach otwartego naboru. Jeśli w wyniku naboru nie zostanie wybranych 60 placówek POZ, procedura naboru będzie kontynuowana. Szczegółowe informacje będą publikowane na stronie:  
[https://www.uskwb.pl/pl\\_PL/ogloszenia-2.html](https://www.uskwb.pl/pl_PL/ogloszenia-2.html)  
- [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl)

4. Do udziału w projekcie zakwalifikować można podmiot, który :

1. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub
2. siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko -mazurskiego.
3. Posiada podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ umożliwiającą realizację przedmiotu zamówienia.
4. Posiadają możliwość wykonania nast. badań:
  - a) wykonanie EKG spoczynkowego,
  - b) pomiar glikemii (przygodnej za pomocą glukometru),
  - c) badanie lipidogramu (pełny lipidogram, który obejmuje stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL oraz trójglicerydów),
  - d) standardowe badanie ogólno-internistyczne.
5. Dysponuje personelem medycznym zatrudnionym w Placówce POZ (bez względu na formę zatrudnienia) niezbędnym do wykonania przedmiotu zamówienia tj. minimum 2 osoby, w tym co najmniej 1 lekarza POZ.
6. Deklaruje udział w szkoleniach organizowanych przez Zamawiającego min. 2 osób z personelu medycznego zatrudnionego w placówce POZ lub współpracującego z placówką POZ – lekarz/ka lub pielęgniarz/pielęgniarka.
7. Osoby przeszkolone będą zobowiązane po wstępnej selekcji na podstawie kryteriów kwalifikacji do wytypowania pacjentów, którzy zostaną poddani badaniom w kierunku diagnostyki profilaktyki chorób naczyń mózgowych.

Rekrutacja do projektu placówek POZ będzie trwała do momentu zebrania min. 60 placówek POZ.

#### REKRUTACJA AOS .

Do udziału w projekcie zakwalifikować można podmiot, który :

1. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego, podlaskiego i warmińsko -mazurskiego.
2. Został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Posiada minimum 2 lekarzy/ki ze specjalizacją neurologii i/lub kardiologii.
4. Personel świadczący usługi diagnostyczne w AOS powinien mieć doświadczenie w diagnostyce i terapii chorych z udarem mózgu.
5. Posiada działający sprzęt niezbędny do wykonania badań diagnostycznych (ultrasonograf z możliwością wykonania badań naczyniowych i badania ECHO serca, aparaty do 24-godzinnego monitorowania EKG metoda Holtera, aparat TK).
6. Podmiot AOS świadczący kompleksowe usługi diagnostyczne TIA powinien być zlokalizowany w pobliżu lub na terenie szpitali posiadających w swojej strukturze oddziały udarowe.
7. Podmiot AOS zobowiąże się do kompleksowej diagnostyki TIA pacjenta w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony). Usługa wykonana u osób, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań przeprowadzonych w POZ współpracującym w ramach projektu:
  - a) osób, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym lub szmery podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych.

- b) osób, u których w checkliście stwierdzono przebyte epizody przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (odpowiedź twierdząca na pytania nr 35-40 checklisty).
8. W ramach pogłębionego pakietu świadczeń w AOS będą realizowane:
- a) badanie neurologiczne,
  - b) wykonanie EKG spoczynkowego (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
  - c) pomiar glikemii (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
  - d) badanie lipogramu (*\* jeśli nie wykonane w POZ*),
  - e) badanie morfologii krwi,
  - f) badanie EKG metoda Holtera
  - g) badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych
  - h) badanie ECHO serca
  - i) badanie neuroobrazujące – TK mózgu (bez „kontrastu”)
  - j) wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia.

Dalsze leczenie jest już w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

## V. ZASADY MONITORINGU

1. Wszyscy uczestnicy (indywidualni i instytucjonalni) mają obowiązek rzetelnego wypełniania wszelkich dokumentów monitoringowych i ewaluacyjnych dostarczonych przez Organizatora, w tym ankiet dotyczących oceny Projektu i jego rezultatów.
2. Uczestnik Projektu zobowiązany jest do udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.

## VI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Uczestnik Projektu jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu.
2. Regulamin dostępny jest w Biurze Projektu i na podstronie internetowej projektu [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl).
3. Niniejszy Regulamin wchodzi w życie z dniem 01.06.2018 r. Organizator zastrzega sobie możliwość wniesienia zmian do Regulaminu. Aktualny regulamin Organizator umieszcza będzie na podstronie internetowej [https://www.uskwb.pl/pl\\_PL/strony/kategoria/postaw-na-profilaktyke-program-profilaktyki-chorob-naczyn-mozgowych-w-wojewodztwach-mazowieckim-podl](https://www.uskwb.pl/pl_PL/strony/kategoria/postaw-na-profilaktyke-program-profilaktyki-chorob-naczyn-mozgowych-w-wojewodztwach-mazowieckim-podl) oraz stronie projektu [www.naczyniamozgowe.pl](http://www.naczyniamozgowe.pl).  
Sprawy nieuregulowane niniejszym Regulaminem rozstrzyga Kierownik Projektu i Grupa Sterująca Projektu .

Załączniki:

- Zał. nr 1 CHECKLISTA
- Zał. nr 2 DEKLARACJA UCZESTNICTWA
- Zał. nr 3 ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
- Zał. Nr 4 ANKIETA OCENIAJĄCA WIEDZĘ PACJENTA



## CHECKLISTA

Imię i nazwisko.....

Data wypełnienia ankiety.....

PESEL: .....

Wykształcenie:

podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

Umysłowa  Fizyczna  Nie pracuje zawodowo

1. Masa ciała ..... 2. Wzrost ..... 3. Obwód pasa .....

4. Obwód bioder ..... 5. Nadciśnienie tętnicze  Tak  Nie

6. RR na prawej ręce ..... 7. RR na lewej ręce .....

8. Częstość akcji serca .....

9. Miarowy rytm serca  Tak  Nie

10. Szmer nad tętnicami szyjnymi?  Tak  Nie

11. Cukrzyca leczona doustnie w wywiadzie  Tak  Nie

12. Cukrzyca leczona insuliną w wywiadzie  Tak  Nie

13. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – przestrzeganie diety cukrzycowej w wywiadzie

Tak  Nie

14. Zaburzenia gospodarki lipidowej – przestrzeganie diety ubogo-tłuszczowej w wywiadzie

Tak  Nie

15. Migotanie przedsionków w wywiadzie  Tak  Nie

16. Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca?  Tak  Nie

17. Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)?  Tak  Nie

18. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

1-5 papierosów  6-10 papierosów  11-15 papierosów  powyżej 16 papierosów

19. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?  Tak  Nie

20. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

(proszę wpisać rok) .....

21. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?  Tak  Nie

22. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

Tak Jakiej mocy/rodzaj.....  Nie

23. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....  
24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?  Tak  Nie

25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

codziennie  3-4 razy w tygodniu  1-2 razy w tygodniu  okazjonalnie

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

.....  
27. Jak często spożywa Pan/Pani ryby?

codziennie  3-4 razy w tygodniu  1-2 razy w tygodniu  okazjonalnie  w ogóle

28. Jak często spożywa Pan/Pani po słodkie napoje gazowane?

codziennie  3-4 razy w tygodniu  1-2 razy w tygodniu  okazjonalnie  w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/Pani owoce i warzywa?

codziennie  3-4 razy w tygodniu  1-2 razy w tygodniu  okazjonalnie  w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

- 5
- 4
- 3
- 2
- 1

31. Czy regularnie uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną?

TAK

NIE

32. Jeśli uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną – to ile razy w tygodniu?

- 1 x
- 2 x
- Minimum 3 x
- 4 x
  
- Minimum 5 x
  
- 6 x
  
- Codziennie

33. Czy zażywa Pan/Pani substancje psychoaktywne?

- Tak  Nie

34. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zawroty głowy?

- Tak  Nie

35. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagłe zaniewiedzenie na jedno oko?

- Tak  Nie

36. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani pole widzenia przesłonięte z jednej strony?

- Tak  Nie

37. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej ręki i/lub nogi?

- Tak  Nie

38. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia wystawiania się/ kłopoty ze zrozumieniem mowy?

- Tak  Nie

39. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykrzywioną twarz?

- Tak  Nie

40. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia czucia?

- Tak  Nie

41. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagły bardzo silny ból głowy?

- Tak  Nie

42. Czy ktoś w Pan/Pani rodzinie chorował na udar? – jeśli tak to kto?

- Tak .....  Nie

43. Czy osoba, w ciągu ostatniego miesiąca, przeżyła przemijający atak niedokrwienny, tj. epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny manifestujący się: zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem, zaburzeniami czucia lub też przemijającym zaniewiedzeniem jednoocznym (amaurosis fugax)?

- Tak .....  Nie

44. Czy w związku z zaistnieniem sytuacji o której mowa w pkt. 43 osoba była diagnozowana? Jeśli tak to kiedy oraz jaka była diagnoza?

- Tak .....  Nie



## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Nr telefonu kontaktowego ..... E-mail.....

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”**.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*podpis*)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”** przez realizatora .....

- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i Umową Nr ..... na realizację w/w programu.

.....  
(*miejsowość, data*)

.....  
(*podpis*)

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”** przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie:
  - 1) w odniesieniu do zbioru „Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój”:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
    - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
    - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
  - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
    - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
    - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,

- c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
  - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu **„Postaw na profilaktykę – Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim”** w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach PO WER.
  4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – **Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Białymstoku, 15-276 Białystok, ul. M. Skłodowskiej - Curie nr 24 A** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Podlaskiemu Związкови Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie 15-727 Białystok, ul. Hetmańska 40/103**. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.
  5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
  6. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
  7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
  8. W celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków w projekcie moje dane osobowe takie jak imię (imiona), nazwisko PESEL, nr projektu, data rozpoczęcia udziału w projekcie, data zakończenia udziału w projekcie, kod tytułu ubezpieczenia, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, wysokość składki z tytułu ubezpieczenia wypadkowego mogą być przetwarzane w zbiorze „Zbiór danych osobowych z ZUS”, którego administratorem jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER) na podstawie<sup>1</sup>:
    - 1) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego

<sup>1</sup> Przetwarzanie danych osobowych w zbiorze Zbiór danych osobowych z ZUS dotyczy sytuacji, w której umowa o dofinansowanie projektu została zawarta z Beneficjentem przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub Wojewódzki Urząd Pracy.

Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,

- 2) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
- 3) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
- 4) ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - **Skarbowi Państwa – Ministrowi Zdrowia, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15**, beneficjentowi realizującemu projekt - **Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Białymstoku, 15-276 Białystok, ul. M. Skłodowskiej - Curie nr 24 A** oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – **Podlaskiemu Związkowi Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie 15-727 Białystok, ul. Hetmańska 40/103**. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach PO WER.

9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub adres poczty [ido@poczta-usk.pl](mailto:ido@poczta-usk.pl) (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta).
13. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\*

---

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

## ANKIETA OCENIAJĄCA WIEDZĘ PACJENTA

**Imię i nazwisko..... Data wypełnienia ankiety.....**

1. Czy udar mózgu jest chorobą stanowiącą zagrożenie życia?

Tak  Nie

2. Czy istnieją skuteczne metody leczenia udaru mózgu?

Tak  Nie

3. Wskaż, które objawy mogą wskazywać, że to udar mózgu?

a) wykrzywienie twarzy po jednej stronie – szczególnie widoczne jest opuszczenie kącika ust,

b) zaburzenia czucia po jednej stronie ciała lub drętwienie połowy ciała

c) osłabienie kończyny lub kończyn po jednej stronie ciała

d) zaburzenia mowy – mowa bełkotliwa, utrata zdolności wypowiedzania słów, trudności w zrozumieniu mowy,

e) niedowidzenie na jedno oko

f) niedostrzeganie połowy pola widzenia

g) zawroty głowy z zaburzeniami w utrzymaniu równowagi, nagłymi upadkami, czasami z podwójnym widzeniem, kłopotami z orientacją i zaburzeniami świadomości.

h) silny ból głowy – najsilniejszy w życiu

i) ból brzucha

4. Czy udar jest chorobą, której objawy powoli się nasilają?

Tak  Nie

5. Czy każdy udar to „wylew”?

Tak  Nie

6. Jeżeli podejrzewasz u siebie lub u osoby bliskiej udar co robisz? – zakreśl tylko jedną odpowiedź:

a) Mierzę ciśnienie tętnicze

b) Czekam aż objawy ustąpią

c) Czekam, ale jeżeli objawy nie ustępują następnego dnia zgłaszam się do lekarza rodzinnego

d) Dzwonię po kogoś bliskiego i jak do mnie przyjedzie wspólnie podejmujemy decyzję co dalej

e) Natychmiast jadę do lekarza rodzinnego

f) Natychmiast wzywam karetkę pogotowia

g) Umawiam się na wizytę na pilną do lekarza neurologa

7. Czy udar może mieć podłoże genetyczne?

Tak  Nie

8. Czy nadciśnienie tętnicze ma związek z udarem mózgu?



Tak  Nie

9. Czy udar mózgu częściej występuje u palaczy tytoniu?

Tak  Nie

10. Czy udar występuje częściej u osób starszych?

Tak  Nie

11. Czy można zachorować na udar przed 40 rokiem życia?

Tak  Nie

12. Czy nadmierne spożywanie alkoholu ma związek z udarem?

Tak, zmniejsza ryzyko udaru  Tak, zwiększa ryzyko udaru  Nie

13. Czy wysoki poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?

Tak  Nie

14. Czy niski poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?

Tak  Nie

15. Czy otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na udar?

Tak  Nie

16. Czy cukrzyca może zwiększać ryzyko zachorowania na udar?

Tak  Nie

17. Ile razy w tygodniu należy uprawiać aktywność fizyczną aby zapobiegać udarom mózgu?

NIE MA TO ZNACZENIA

1 x

2 x

Minimum 3 x

4 x

Minimum 5 x

6 x

Codziennie