**„RICHTER GEDEON RT. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYÉRT” ALAPÍTVÁNY**

***SZŰRÉSI JEGYZŐKÖNYV***

***SIKERES SZŰRÉSI PÁLYÁZATOKAT KÖVETŐEN KÖTELEZŐ BENYÚJTANI A SZŰRÉS MEGTÖRTÉNTE UTÁN***

***(RGMEA SZŰR SZAKO)***

A PÁLYÁZÓ adatai:

Intézmény, vállalkozás megnevezése: …………………………………………………………

Pontos címe: …………………………………………………………………………………….

SZŰRÉS adatai:

Szűrés ideje:

 …………………………………………………………………………………..

A szűrés célja:

 OSTEOPOROSIS SZŰRÉS antiösztrogén kezelésben részesülő betegek körében

 OSTEOPOROSIS SZŰRÉS posztmenopauzás nők és férfiak körében

 BŐR ÉS GENITÁLIS GOMBÁS FERTŐZÉS SZŰRÉSE veszélyeztetett betegek körében (pl. diabetes mellitus, keringési zavar)

 A BŐR ÉS FÜGGELÉKEK GOMBÁS ÉS POTENCIÁLISAN MALIGNUS ELVÁLTOZÁSAINAK SZŰRÉSE

 PROSZTATA MALIGNUS ÉS BENIGNUS ELVÁLTOZÁSAINAK PSA SZŰRÉSE

 Daganatos betegséggel kezeltek családjában a familiáris halmozódást mutató rosszindulatú elváltozások korai felismerésére végzett tanácsadás és szűrés kérdőívvel, fizikális és Ultrahang vizsgálattal

 GASZTROINTESZTINÁLIS DAGANAT SZŰRÉS Hemoccult teszttel

 ALLERGIA SZŰRÉS Prick-teszttel

 EGYÉB ……………………………………………………………………………………….

Szűrésen résztvevők száma:

…………………………férfi …………………..nő

Szűrésben résztvevők életkori megoszlása (betegszámok)

…………………..18-30 év …………………..51-60 év

…………………..31-40 év …………………..61-70 év

…………………..41-50 év …………………..70 év felett

Van-e a szűrésben részt vevő betegnek más ismert krónikus betegsége, panasza? Kérjük, adja meg a betegszámokat!

 ……………… nincs

 ……………… 1 krónikus betegség

 ……………… 2 krónikus betegség

 ……………… 3 krónikus betegség

 ……………… 3-nál több krónikus betegség

Mióta vannak a betegnek panaszai a szűrési céloknak megfelelő terápiás területen? Kérjük, adja meg a betegszámokat!

……………….beteg nem számol be szubjektív panaszokról

……………….kevesebb, mint 3 hónapja

……………….3-6 hónapja

……………….6-12 hónapja

……………….több, mint 1 éve

Mióta részesült gyógyszeres kezelésben a szűrésen résztvevő beteg? Kérjük, adja meg a betegszámokat!

……………….még nem kapott gyógyszeres terápiát

……………….kevesebb, mint 3 hónapja

……………….3-6 hónapja

……………….6-12 hónapja

……………….több, mint 1 éve

Kellett-e változtatni a beteg korábbi terápiáján? Kérjük, adja meg a betegszámokat!

 ……………… igen ………………… nem

Kérjük, röviden értékelje a szűrést, annak sikerességét, eredményességét és hatását a praxisában szereplő betegek egészségi állapotára.

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

……………….., 2023. …………….hó …nap

 ..…………………………..

 a Pályázó aláírása