

.....
Miejscowość, data

**FORMULARZ EWALUACYJNY Z REALIZACJI
„GMINNEGO PROGRAMU LECZENIA NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA
POZAUSTROJOWEGO DLA MIESZKAŃCÓW KRAKOWA”
W 2023 ROKU**

| I. DANE OGÓLNE | | |
|----------------|--|--|
| 1. | Nazwa Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i> | |
| 2. | Adres siedziby Podmiotu <i>(zgodnie z wypisem z właściwego rejestru)</i> | |
| 3. | Adres miejsca wykonywania Programu | |
| 4. | Numer telefonu Podmiotu | |
| 5. | Adres e-mail Podmiotu | |

| II. EFEKTY FUNKCJONOWANIA PROGRAMU | | |
|------------------------------------|--|--|
| 1. | Liczba par zakwalifikowanych do Programu | |
| 2. | Liczba i odsetek cięż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) | |

| | | |
|-----|---|--|
| 3. | Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) | |
| 4. | Liczba i odsetek ciąż u par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) | |
| 5. | Liczba dzieci narodzonych na skutek leczenia w ramach Programu | |
| 6. | Liczba i odsetek ciąż wielopłodowych powstałych na skutek leczenia w ramach Programu | |
| 7. | Liczba i odsetek powikłań w postaci zespołu hiperstymulacji u pacjentek leczonych w ramach Programu | |
| 8. | Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem własnych gamet (dawstwo partnerskie) lub z wykorzystaniem nasienia dawcy (dawstwo inne niż partnerskie) | |
| 9. | Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do programu zapłodnienia pozaustrojowego z wykorzystaniem komórek jajowych dawczyni (dawstwo inne niż partnerskie) | |
| 10. | Liczba i odsetek niepowodzeń leczenia u par zakwalifikowanych do programu adopcji zarodka (dawstwo inne niż partnerskie) | |

III. ANALIZA PRZYCZYŃ NIEPOWODZEŃ PROCEDUR WYKONANYCH W RAMACH PROGRAMU

IV. WNIOSKI

.....
Data, podpis/podpisy osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do złożenia Formularza ewaluacyjnego
z realizowanego Programu