

.....
pieczęć nagłówkowa oferenta

ZGŁOSZENIE OFERTOWE

Pełna nazwa oferenta	
Województwo	
Adres	
Numery telefonu i faksu	
Adres elektroniczny sekretariatu dyrektora	
Nazwisko i imię dyrektora zakładu opieki zdrowotnej	
Data i numer wpisu do KRS Pełna nazwa sądu dokonującego rejestru	
Nazwa banku i numer konta oferenta	

.....
Pieczęć i podpis głównego księgowego
ZOZ

.....
Pieczęć i podpis dyrektora ZOZ

Data

I. Informacja o wyposażeniu

Rodzaj aparatury	Ilość dostępna w szpitalu	Ilość będąca na wyposażeniu oddziału kardiologii/ambulatorium
Zestaw do prób wysiłkowych		
Zestaw do ergospirometrii		
Zestaw do treningu interwałowego		
AparatUSG 2D/3D		
Kardiomonitor		
24 godzinne rejestratory ciśnienia		
EKG		
EKG z możliwością 24 godz. rejestracji (met. Holtera)		
Defibrylator		
System do telerehabilitacji (liczba urządzeń)		

II. Baza lecznicza

Rehabilitacja stacjonarna

Stan posiadania (łóżka, stanowiska, gabinety pracownie)	Zakreślić właściwe	
Najmniej 15 łóżek (pożądane w pokojach 1-3 osobowych)	TAK	NIE
Stanowisko intensywnego nadzoru kardiologicznego (minimum 1 łóżko na 40 pacjentów)	TAK	NIE
Sygnalizacja alarmowa we wszystkich pomieszczeniach dostępnych dla pacjentów	TAK	NIE
Gabinet zabiegowy	TAK	NIE
Pracownia psychologiczna	TAK	NIE
W przypadku obiektu wielokondygnacyjnego winda do transportu pacjenta	TAK	NIE

Rehabilitacja ambulatoryjna

Stan posiadania (łóżka, stanowiska, gabinety pracownie)	Zakreślić właściwe	
Gabinety badań lekarskich	TAK	NIE
Gabinet zabiegowy z możliwością prowadzenia reanimacji	TAK	NIE

III. Baza rehabilitacyjno-zabiegowa zabezpieczająca realizację wszelkich form rehabilitacji.

Stan posiadania	Zakreślić właściwe	
	TAK	NIE
Sala gimnastyczna	TAK	NIE
Sala monitorowanych treningów na cykloergometrze i/lub bieżni ruchomej	TAK	NIE
Pracownia psychologii klinicznej z pomieszczeniami umożliwiającymi indywidualną i grupową terapię psychologiczną	TAK	NIE
Pomieszczenia umożliwiające działalność informacyjno-edukacyjną	TAK	NIE
Zaplecze socjalne dla pacjentów		
- poczekalnia,	TAK	NIE
- przebieralnia,	TAK	NIE
- punkt spożywania posiłków	TAK	NIE
Rejestracja	TAK	NIE
Basen	TAK	NIE
Gabinet odnowy biologicznej	TAK	NIE
Zaplecze sportowe na otwartej przestrzeni	TAK	NIE
Zaplecze do zajęć dydaktycznych	TAK	NIE

IV. Wybrane wymagania organizacyjne

Rehabilitacja stacjonarna

Wymagania organizacyjne	Zakreślić właściwe	
Stała obecność lekarza prowadzącego	TAK	NIE
Codziennie badania lekarskie z oceną postępów rehabilitacji	TAK	NIE
Usprawnienie w cyklach przed i po południowych	TAK	NIE
Całodobowy nadzór lekarsko-pielęgniarski	TAK	NIE

Rehabilitacja ambulatoryjna

Wymagania organizacyjne	Zakreślić właściwe	
Stały nadzór nad prowadzonymi treningami	TAK	NIE
Codziennie badania lekarskie z oceną postępów rehabilitacji	TAK	NIE

V. Informacja o kadrze medycznej

Kierownik Zespołu:

- Prof.dr hab.n.med.
- Doc.dr hab.n.med.
- Dr n.med.

A. Informacja o kadrze oddziału rehabilitacji kardiologicznej

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników	Łączny wymiar zatrudnienia (w etatach przeliczeniowych)	Planowane zwiększenie wymiaru zatrudnienia
Lekarze kardiolodzy			
Pielegniarki dyplomowane			
Lekarze z II ^o z chorób wewnętrznych			
Lekarze z II ^o z rehabilitacji medycznej			
Lekarze w trakcie specjalizacji z kardiologii			
Pielegniarki			
Fizjoterapeuci z II stopniem			
Fizjoterapeuci z I stopniem			
Fizjoterapeuci w trakcie specjalizacji			
Psycholog			
Terapeuta zajęciowy			
Pracownik socjalny			
Dietetyk			

B. Informacja o kadrze ambulatorium

Rodzaj specjalności	Liczba zatrudnionych pracowników	Łączny wymiar zatrudnienia (w etatach przeliczeniowych)	Planowane zwiększenie wymiaru zatrudnienia
Lekarze kardiolodzy			
Lekarze w trakcie specjalizacji z Kardiologii			
Lekarze z II ^o specjalizacji z chorób wewnętrznych			
Lekarze z II ^o z rehabilitacji medycznej			
Pielegniarki dyplomowane Pielegniarki			
Fizjoterapeuci z II stopniem			
Fizjoterapeuci z I stopniem			
Fizjoterapeuci w trakcie specjalizacji			

Psycholog			
Terapeuta zajęciowy			
Pracownik socjalny			
Dietetyk			

VI. Informacja o aktywności jednostki

Działalność leczniczo-rehabilitacyjna	2007
Działalność dydaktyczna (podać ilość organizowanych kursów i dla kogo)	
Liczba chorych z chorobami układu krążenia leczonych w oddziale / klinice rehabilitacji kardiologicznej	
Liczba chorych leczonych w trybie ambulatoryjnym	
Liczba chorych rehabilitowanych w domu (telerehabilitacja)	

VII. Informacja o systemie rehabilitacji pacjentów

Rodzaj dostępnej rehabilitacji	Zakreślić właściwe	
Rehabilitacja stacjonarna	TAK	NIE
Rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym	TAK	NIE
Rehabilitacja w innym ośrodku	TAK	NIE
Telerehabilitacja w warunkach domowych	TAK	NIE

VIII. Informacja o organizacji działalności naukowo-badawczej

Ośrodek ma status Ośrodka Naukowo-Badawczego	TAK	NIE
Ośrodek współpracuje z Ośrodkiem Naukowo-Badawczym	TAK	NIE

IX. Kliniczna charakterystyka rehabilitowanych pacjentów (zakreślić właściwe)

- z chorobą niedokrwioną serca bez zawału i po zawale tak nie
- po zabiegu kardiochirurgicznym (w tym po transplantacji serca) tak nie
- po przezskórnej angioplastyce tętnic wieńcowych tak nie
- z niewydolnością serca w każdej klasie NYHA tak nie
- po implantacji stymulatora serca lub kardiowertera-defibrylatora tak nie
- z miażdżycą tętnic kończyn dolnych tak nie
- nadciśnienie tętnicze tak nie

X. Ilość pacjentów rehabilitowanych w latach 2006 – 2007.

— stacjonarnie ; ambulatoryjnie ; w domu (telerehabilitacja)

—
—

Plan rzeczowo-finansowy

Planowany zakup

Orientacyjny koszt zakupu

Deklarowany 10% udział własny oferenta w kosztach zakupu

Uzasadnienie wniosku z określeniem celowości posiadania aparatury.

.....
Pieczęć i podpis głównego księgowego

.....
Pieczęć i podpis dyrektora

Data

Przewidywany rodzaj aparatury medycznej do zakupu dla Ośrodków Rehabilitacji Kardiologicznej (WORK) w ramach Programu POLKARD w 2008 roku.

W pierwszej kolejności zakupy będą dotyczyły:

1. Zestawu do prób wysiłkowych (komputer, rower+ bieżnia
 2. Zestawu do ergospirometrii wysiłkowej (tylko dla ośrodków współpracujących z ośrodkami transplantacji serca i/lub płuc) -
 3. Zestawu do treningu interwałowego (komputer + 4 stanowiska treningowe)
 4. Zintegrowanego zestawu do treningu interwałowego i próby wysiłkowej (komputer + 4 stanowiska treningowe)
 5. Holtera (24-godzinne EKG)
 6. EKG 12 kanałowe z analizą
 7. Systemu do telerehabilitacji
 8. Holtera do 24-godzinne RR
 9. Zestawów typu „nording walking”
- W drugiej kolejności zakupy mogą dotyczyć
1. Aparatu echokardiograficznego -
 2. Monitora do Sali R