

# WNIOSEK o kwalifikację do programu profilaktyki przeciw wirusowi RS

Nr wniosku .....

Inicjały pacjenta ..... PESEL dziecka ..... Płeć:  M  K

1. Data wystawienia wniosku .....

## A. DANE PERSONALNE PACJENTA I JEDNOSTKA KIERUJĄCA

### Pacjent

2. Imię ..... 3. Nazwisko ..... 4. Data urodzenia .....

### Matka

5. Imię ..... 6. Nazwisko ..... 7. Numer telefonu .....

8. PESEL matki .....

### Ojciec

9. Imię ..... 10. Nazwisko ..... 11. Numer telefonu .....

### Opiekun prawny

12. Imię ..... 13. Nazwisko ..... 14. Numer telefonu .....

### Miejsce zamieszkania pacjenta

15. Miejscowość ..... 16. Kod pocztowy ..... 17. Poczta .....

18. Ulica ..... 19. Nr domu ..... 20. Nr miesz. .... 21. Województwo .....

### Jednostka wystawiająca wniosek

22. Pełna nazwa ..... 23. Miejscowość .....

24. Kod pocztowy ..... 25. Poczta ..... 26. Ulica ..... 27. Numer .....

28. Numer telefonu ..... 29. FAX .....

30. Numer karty lub historii choroby pacjenta .....

### Lekarz wystawiający wniosek

31. Imię ..... 32. Nazwisko .....

## B. WYWIAD

33. Czas trwania ciąży w tyg. i dniach ..... 34. Masa ciała przy urodz. (g) .....

35. Dysplazja oskrzelowo-płucna w 36. tygodniu wieku postmenstruacyjnego (PMA) :

Stopnia I: wsparcie oddechu kaniulą donosową z przepływem < 2 L/min

Stopnia II: wsparcie oddechu kaniulą donosową lub nCPAP

Stopnia III: wentylacja respiratorem

## C. OŚRODEK PROWADZĄCY PROFILAKTYKĘ

36. Pełna nazwa ..... 37. Miejscowość .....

38. Kod pocztowy ..... 39. Poczta ..... 40. Ulica ..... 41. Numer .....

42. Numer telefonu ..... 43. FAX .....

44. Numer karty lub historii choroby pacjenta .....

### Lekarz prowadzący

Imię ..... Nazwisko ..... Data .....

# DOBRE PRAKTYKI

## używanie i przekazywanie wniosku

**W celu zapewnienia bezpiecznej i poufnej wymiany wniosków zawierających dane osobowe pacjentów między lekarzami, istnieje kilka kluczowych praktyk, które warto przestrzegać:**

### ZABEZPIECZONY DOKUMENT

Wniosek powinien być przeznaczony wyłącznie do celu programu lekowego, a wszelkie dane w nim zawarte powinny być odpowiednio zabezpieczone przed nieuprawnionym dostępem osób trzecich.

### WYPEŁNIANIE WNIOSKU

Dane osobowe pacjentów mogą być wypełniane na wniosku ręcznie lub elektronicznie, w zależności od preferencji. Jeśli wniosek wypełniamy ręcznie, zaleca się czytelne pismo oraz użycie długopisu w kolorze niebieskim lub czarnym.

### BEZPIECZNA WYMIANA DANYCH

Aby zapewnić bezpieczeństwo i poufność w trakcie wymiany wniosków, warto zastosować następujące praktyki:

✓ **Faks**

Przesyłanie wniosków faksem między lekarzami może być bezpiecznym sposobem wymiany danych osobowych pacjentów, pod warunkiem przestrzegania dodatkowych zaleceń. Obejmuje to zabezpieczanie faksu kodem dostępu, dbałość o jakość druku, potwierdzenie odbioru oraz staranne zniszczenie dokumentu po przetworzeniu.

✓ **Wiadomości e-mail**

Jeśli komunikacja odbywa się za pomocą e-maili, upewnij się, że wiadomości są zaszyfrowane za pomocą odpowiednich narzędzi i protokołów.

✓ **Zdjęcie wniosku**

Przesyłane za pomocą telefonu wymaga używania zaufanych aplikacji, szyfrowanego przesyłania, dbałości o jakość zdjęć oraz unikania publicznych sieci Wi-Fi.

### ŚCISŁA OCHRONA DANYCH

Zachowaj ścisłą ochronę danych osobowych pacjentów zgodnie z obowiązującymi przepisami, takimi jak RODO. Dostęp do wniosków powinien być ograniczony wyłącznie do upoważnionych lekarzy. Wszelkie przesyłane dokumenty powinny być zabezpieczone za pomocą silnego szyfrowania i korzystać z bezpiecznych platform lub narzędzi.

**Niniejszy formularz nie zastępuje obowiązków wynikających z zasad prowadzenia i rozliczania programów lekowych**