

REGULAMIN REKRUTACJI W PROJEKCIE
„Weź głęboki oddech”
Numer projektu: POWR.05.01.00-00-0014/18

Objaśnienia skrótów i terminów stosowanych w regulaminie:

Projekt – oznacza projekt „Weź głęboki oddech”

Regulamin – niniejszy regulamin określający zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Weź głęboki oddech”

Realizator projektu (Organizator) – Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II (KSS JP2)

Grupa docelowa – grupa, do której kierowany jest Projekt, określona w szczegółowych kryteriach

Uczestnik projektu – osoba, która zakwalifikowała się do udziału w projekcie

Koordynator projektu – osoba odpowiedzialna za merytorycznie za realizację i koordynację Projektu

POChP – przewlekła obturacyjna choroba płuc

§ 1

Informacje ogólne

1. Regulamin określa zasady rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Weź głęboki oddech” o numerze POWR.05.01.00-00-0014/18, realizowanym na terenie województwa małopolskiego, świętokrzyskiego oraz podkarpackiego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 5. Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.
2. Celem projektu jest zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego a także ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu. Celem projektu jest również wdrożenie ogólnopolskiego programu edukacyjnego dotyczącego przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Realizatorem projektu jest Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II z siedzibą przy ul. Prądnickiej 80 w Krakowie (31-202) w partnerstwie z Fundacją NEUCA dla Zdrowia z siedzibą przy ul. Bydgoskiej (Szosa) 58 w Toruniu (87-100) oraz Stowarzyszeniem Krakowski Alarm Smogowy z siedzibą przy ul. Felicjanek 10/6 w Krakowie (31-104).
3. Okres realizacji projektu: od 01.01.2019 do 31.12.2021.
4. Obszar realizacji projektu: województwo małopolskie, świętokrzyskie, oraz podkarpackie.
5. W ramach projektu programem zdrowotnym zostanie objętych w sumie 853 osób w tym:
 - a. 717 uczestników w grupie docelowej – pacjenci
 - b. 136 uczestników w grupie docelowej - personel medyczny
6. Obszar realizacji projektu: województwo małopolskie, świętokrzyskie, oraz podkarpackie.
7. W ramach projektu zostaną przeprowadzone następujące zadania:
 - a) utworzenie poradni antynikotynowej i poradnictwo specjalistyczne dla osób, które chcą rzucić palenie,
 - b) komponent wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, która przeciwdziała zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem,
 - c) działania informacyjno-edukacyjne w zakresie merytorycznym programu.

§ 2

Uczestnicy projektu

1. Grupę docelową projektu stanowią 2 grupy osób z województwa małopolskiego, świętokrzyskiego oraz podkarpackiego:
 - a) Pacjenci, w tym osoby w wieku aktywności zawodowej palące nałogowo tytoń, pracownicy palący nałogowo tytoń, osoby pracujące w narażeniu na działanie czynników szkodliwych predysponujących do powstania POChP, pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b) Personel medyczny, tj. pracownicy ochrony zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej oraz gabinetów medycyny pracy.
2. Udział w projekcie jest całkowicie bezpłatny pod warunkiem stosowania się do zapisów niniejszego regulaminu.

§ 3

Kwalifikowalność uczestników

1. Udział w projekcie ma charakter egalitarny: kwalifikowalność uczestników jest zgodna z zasadą równych szans poprzez zapewnienie dostępu do udziału w projekcie wszystkim zainteresowanym bez względu na pochodzenie, stopień niepełnosprawności i inne czynniki dyskryminujące.
2. Kwalifikowalność pacjentów jest identyfikowana na podstawie:
 - a) zgłoszenia się do lekarza POZ osób aktywnych zawodowo, u których na podstawie wywiadu zidentyfikowano potrzebę profesjonalnego wsparcia rzucenia nałogu palenia oraz dalszej diagnostyki i terapii potencjalnych chorób płuc,
 - b) samodzielnego zgłoszenia się do Poradni Antynikotynowej działającej na terenie Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II.
3. Kwalifikowalność personelu medycznego jest identyfikowana na podstawie podpisanych umów o współpracy z POZ oraz gabinetami medycyny pracy na terenie województwa małopolskiego, świętokrzyskiego i podkarpackiego.

§ 4

Wymagane dokumenty

1. W grupie docelowej pacjentów nie są wymagane żadne dokumenty wstępne.
2. W grupie docelowej personelu medycznego warunkiem przystąpienia do szkolenia stacjonarnego jest podpisanie umowy z POZ lub Gabinetem Medycyny Pracy w ramach której istnieje konieczność wskazania osób do uczestnictwa w szkoleniu stacjonarnym z zakresu POChP.

§ 5

Postanowienia końcowe

1. Wszelkie sprawy związane z interpretacją tego regulaminu rozstrzygane są przez Organizatora i od jego decyzji nie przysługuje odwołanie.
2. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie postanowienia wynikające z umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0014/18 oraz obowiązujące wytyczne i zasady realizacji w zakresie Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020.
3. Organizator zastrzega sobie prawo zmiany zapisów niniejszego regulaminu w sytuacji zmiany wytycznych, warunków realizacji projektu lub dokumentów programowych.
4. Regulamin wchodzi w życie z dniem jego publikacji.

Załącznik nr 1 do regulaminu uczestnictwa w projekcie

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

W PROJEKCIE „Weź głęboki oddech”

**W RAMACH 5 OSI PRIORYTETOWEJ WSPRACIE DLA OBSZARU ZDROWIA PROGRAMU OPERACYJNEGO WIEDZA
EDUKACJA ROZWÓJ NA LATA 2014-20120
DZIAŁANIE 5.1 PROGRAMY PROFILAKTYCZNE**

| | |
|--|--|
| Dane personalne: | |
| Imię..... | Nazwisko..... |
| PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Płeć : <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Adres zamieszkania: | Kraj |
| Miejscowość | Ul: |
| Nr budynku..... | Nr lokalu..... |
| Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Powiat..... |
| Gmina | Województwo |
| E-mail:..... | Telefon kontaktowy..... |
| Wykształcenie: | |
| <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne |
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> wyższe |
| Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: |
| <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna | <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna |
| <input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> inne |
| Osoba bierna zawodowo w tym: | Osoba pracująca w tym: |
| <input type="checkbox"/> inne | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej |
| <input type="checkbox"/> osoba ucząca się | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej |
| <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> inne |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej |
| | <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek |
| | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| Wykonywany zawód: | Zatrudniony w:..... |

| | |
|--|--|
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak |
| Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie:..... | Data zakończenia udziału w projekcie:..... |
| Rodzaj uczestnika | <input type="checkbox"/> uczestnik indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu |
| Rodzaj przyznanego wsparcia: | |
| <input type="checkbox"/> Działania informacyjno – edukacyjne <input type="checkbox"/> Edukacja prozdrowotna | <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Opieka nad osobą niesamodzielną |
| Data rozpoczęcia udziału we wsparciu..... | Data zakończenia udziału we wsparciu..... |

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. „Weź głęboki oddech” 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 „Weź głęboki oddech”, 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 - Ministerstwu Zdrowia Departamentowi Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, beneficjentowi realizującemu projekt - Krakowskiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. Jana Pawła II, ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu - Fundacji „NEUCA dla Zdrowia”, ul. Szosa Bydgoska 58, 87-100 Toruń. 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. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
 10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
 11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@miir.gov.pl lub adres poczty: jgawel@szpitaljp2.krakow.pl.
 12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
 13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

Kraków,

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

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

Projekt „Weź głęboki oddech”

TEST WSTĘPNY

pozwalający na oszacowanie ryzyka wystąpienia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Szanowni Państwo!

Poniżej znajdują się pytania na podstawie których zostanie oszacowane ryzyko wystąpienia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Test składa się z 11 pytań zamkniętych i 1 otwartego. Upzejmie prosimy o zaznaczenie **wyłącznie 1** odpowiedzi.

| Płeć: | Wiek: |
|----------------------------|---|
| a) Kobieta b) Mężczyzna | a) Do 25 lat b) 26-35 lat c) 36-45 lat d) 46-55 lat e) Powyżej 65 r.ż |

- 1. Kiedy po obudzeniu zapala Pan/Pani pierwszego papierosa?**
 - a) W ciągu 5 minut
 - b) Po upływie 6-30 minut
 - c) Po upływie pół godziny do godziny
 - d) Możesz wytrzymać nawet godzinę
- 2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie nie wolno palić, jest dla Pana/Pani problemem?**
 - a) Tak
 - b) Nie
- 3. Z którego papierosa najtrudniej Panu/Pani zrezygnować?**
 - a) Z pierwszego rano
 - b) Z każdego innego
- 4. Ile papierosów Pan/Pani wypala dziennie?**
 - a) Do 10
 - b) 11-20
 - c) 21-30
 - d) 31 i więcej
- 5. Czy rano Pan/Pani pali więcej papierosów niż w ciągu dnia?**
 - a) Tak
 - b) Nie
- 6. Czy Pan/Pani może się powstrzymać od palenia, nawet podczas choroby, gdy trzeba leżeć w łóżku?**
 - a) Tak
 - b) Nie

1. Lata palenia wyrobów tytoniowych:

- a) 0-5
- b) 6-10
- c) 11-15
- d) 16-25
- e) Powyżej 25 lat

2. Co najczęściej Pan/Pani pali?

- a) Papierosy
- b) Papierosy elektronicznie
- c) Fajkę wodną
- d) Fajkę
- e) Cygaro

3. Jak często Pan/Pani pali?

- a) Raz dziennie
- b) Kilka razy dziennie
- c) Kilka razy w tygodniu
- d) Rzadziej, okazjnie

4. Dlaczego sięga Pan/Pani po wyroby tytoniowe?

- a) z powodu czerpania z palenia przyjemności
- b) palenie działa uspakajająco
- c) w pracy podczas przerwy gdyż koledzy również palą
- d) na przyjęciu w towarzystwie, przy alkoholu
- e) inne (jakie?).....

5. Czy uważa Pan/Pani, że w restauracjach palenie powinno być zabronione?

- a) Tak
- b) Nie

6. Ile kosztuje paczka papierosów? (kwota w zł)

Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

Tytuł projektu: Weź głęboki oddech

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0014/18-00

Tytuł programu profilaktycznego: Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

| | |
|--|---|
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Porada <i>spec. leczenia uzależnień</i><input type="radio"/> Porada <i>psychologa</i><input type="radio"/> Porada <i>psychiatry</i> |
| Imię i nazwisko uczestnika | |
| PESEL | |
| Adres zamieszkania | |
| Województwo | |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego | |
| Podpis uczestnika projektu | |
| | |
| Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego | |
| Adres podmiotu leczniczego | ul. Prądnicka 80, 31-202 Kraków |
| Województwo | małopolskie |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego | |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne | |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne | |

Przeciwwskazania do spirometrii

Poniżej przedstawione zostały **przeciwwskazania** do wykonania badania spirometrycznego:

- przebyty zawał serca (w okresie miesiąca poprzedzającego badanie),
- tętniaki (np. aorty),
- świeża operacja okulistyczna (w okresie 6 miesięcy poprzedzających badanie),
- zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe,
- krwioplucie,
- odma opłucnowa,
- świeży udar w ośrodkowym układzie nerwowym,
- stan, który może wpłynąć na wiarygodność uzyskanych wyników (np. nudności, wymioty, stały uporczywy kaszel prowadzący do przerwania badania),
- stan po operacji brzusznej lub w obrębie klatki piersiowej (w okresie gojenia).

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z ww. przeciwwskazaniami oraz **wyrażam zgodę** na wykonanie badania.

.....
Data, podpis