

FORMULARZ WNIOSKU PROJEKTU

1.	IMIE	Dorota	Urszula
2.	NAZWISKO	Strzelec	Kaleta
3.	PESEL		
4.	ADRES ZAMIESZKANIA ULICA, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ		
5.	DANE DO KONTAKTU TELEFON, E-MAIL		
6.	6.1. NAZWA PROJEKTU: Program poprawy bezpieczeństwa i jakości świadczeń u chorych w stanie zagrożenia życia poprzez zakup aparatury do monitorowania i podtrzymywania czynności życiowych.		
	6.2. Miejsce projektu (proponowana lokalizacja np. osiedle, ulica, plac): Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o., ul. Mieszka I 7– Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.		
	6.3. Rodzaj projektu (zaznaczyć znakiem x właściwy punkt): ☐ budowa, modernizacja lub remont infrastruktury miejskiej, ☒ przedsięwzięcie o charakterze prospołecznym, kulturalnym, sportowym itp., ☒ inne: opieka zdrowotna – podwyższenie jakości opieki medycznej mieszkańców i gości Miasta Świnoujścia		
	6.4. Opis projektu: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Miejskiego działa od września 2008 r. i obejmuje część anestetyczną, a więc świadczenie usług na rzecz innych oddziałów szpitalnych w zakresie znieczuleń, leczenia bólu, prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz czterołożkowy Oddział Intensywnej Terapii, zajmujący się leczeniem chorych w stanach bezpośredniego zagrożenia życia. Zarówno część anestetyczna, jak i Oddział, do pełnienia swej roli wymaga odpowiedniego zaplecza aparaturowego. Niestety, posiadany przez OAiT sprzęt jest w znacznej mierze już wyeksploatowany i co nie mniej ważne, technologicznie wywodzący się z lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Cechy te niestety, skutkują jego większą awaryjnością, co z punktu widzenia bezpieczeństwa chorego w stanie zagrożenia życia jest niedopuszczalne, oraz zwiększonymi kosztami obsługi serwisowej – np. system monitorujący w Oddziale jest linią technologicznie nierozwojową, której wytwórca zaprzestał już produkcji przed kilkoma laty, przyjmując nowe rozwiązania technologiczne, lepsze, nowocześniejsze i podnoszące standard bezpieczeństwa chorego do poziomu, którego nie można w pełni zapewnić obecnie posiadana aparatura. Wobec faktów wyżej opisanych zasadnym wydaje się zakup n/w sprzętu: • czterołożkowy system monitorujący, składający się z niezależnych zestawów modułowych połączonych z centralą monitorującą i gromadzącą parametry życiowe chorych w czasie rzeczywistym • stacjonarny respirator dla dorosłych, służący do wspomagania oddychania chorym w stanie krytycznym • dwóch nowoczesnych łóżek intensywnej terapii dającymi możliwość wszechstronnej pielęgnacji i leczenia chorego, z uwzględnieniem możliwości diagnostycznych • aparatu USG, specjalizowanego do szybkiej diagnostyki stanów nagłych w intensywnej terapii oraz do użycia w warunkach bloku operacyjnego do znieczuleń regionalnych.		
	6.5. Jaki problem rozwiązuje realizacja projektu dla mieszkańców: • poprawa standardu bezpieczeństwa leczenia chorych w Szpitalu oraz podwyższenie standardu i skuteczności w zakresie anestezji • zwiększenie jakości usług poprzez zastosowanie nowoczesnego, technologicznie lepszego sprzętu • poprawa możliwości pielęgnacyjnych chorych w stanie całkowitej zależności od personelu.		
	6.6. W przypadku załączników wskazanie ilości i rodzajów: Załącznik nr 1 – Wykaz sprzętu.		
7.	SZACUNKOWA WARTOŚĆ PROJEKTU (w złotych)	500 000 zł	
8.	SZACUNKOWA WARTOŚĆ KOSZTÓW EKSPLOATACYJNYCH W KOLEJNYCH 3 LATACH BUDŻETOWYCH (w złotych)	Projekt nie dotyczy kosztów eksploatacji.	

9.	Oświadczenie Oświadczam, że jestem mieszkańcem/mieszkanką * Gminy Miasto Świnoujście ukończyłem/ukończyłam* 13 lat i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury budżetu obywatelskiego na 2016 r. zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.). Wiem, że podanie danych jest dobrowolne oraz że mam prawo kontroli przetwarzania danych, które mnie dotyczą, prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Świnoujście z siedzibą w Świnoujściu ul. Wojska Polskiego 1/5.	
10.	DATA	Świnoujście, dnia 12 czerwca 2015 r.
11.	PODPIS	

Uwaga - aby wniosek był ważny, należy wypełnić wszystkie pola formularza w sposób czytelny. Wymóg czytelności nie dotyczy pola formularza „PODPIS”.

* niepotrzebne skreślić