



Szanowni Państwo,

jeśli jesteście zainteresowani udziałem Państwa dziecka w realizowanym przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu Programie, prosimy wypełnić poniższy formularz.

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH SŁUCHU DLA UCZNIÓW KLAS PIERWSZYCH SZKÓŁ PODSTAWOWYCH Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO W ROKU SZKOLNYM 2017/2018 ORAZ 2018/2019

..... PESEL

.....

imię i nazwisko dziecka (drukowanymi literami)

klasa

.....

nazwa szkoły (drukowanymi literami)

.....

adres szkoły (drukowanymi literami)

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

na udział dziecka we wskazanym Programie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział mojego dziecka w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział mojego dziecka w dalszej części Programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w akcji nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych dziecka jest:

- 1) Zarząd Województwa Mazowieckiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 26, 03-719 Warszawa;
- 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka wyłącznie w celach realizacji Projektu nr RPMA.09.02.02-14-77...../17, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.

Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych dziecka stanowi art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 04.05.2016, str. 1) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- 1) W odniesieniu do Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające 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 uchylające 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).
- 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. ustanawiające 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 ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające 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 uchylające 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;
- d) rozporządzenia Wykonawczego Komisji (UE) Nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiające 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.

Dane osobowe mojego dziecka zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych, ul. Jagiellońska 74, 03-301 Warszawa (nazwa i adres właściwej IP). Beneficjentowi realizującemu projekt - Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. Maurycego Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa (nazwa i adres Beneficjenta). Dane osobowe mojego dziecka mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Dane osobowe mojego dziecka mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@mazovia.pl.

Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Mam prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojej podobizny/podobizny mojego dziecka w materiałach informacyjno-promocyjnych i publikacjach Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Podstawę prawną stanowi Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. 2017 poz. 880).

Zgoda na wykorzystanie podobizny jest dobrowolna, odmowa jej podpisania nie jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Programu.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka

DANE DO KONTAKTU:

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

E-mail: Telefon kontaktowy:

Szanowni Państwo, Drodzy Rodzice i Opiekunowie!

Miło mi poinformować, że realizujemy Program badań przesiewowych słuchu dla uczniów klas pierwszych szkół podstawowych z województwa mazowieckiego w roku szkolnym 2017/2018 oraz 2018/2019.

Celem Programu jest wczesne wykrycie zaburzeń słuchu, które mogą niekorzystnie wpływać na funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym utrudniając mu prawidłowy rozwój i zdobywanie wiedzy. Audiometryczne badania przesiewowe słuchu zostaną wykonane przez przeszkolone osoby w szkołach w trakcie zajęć lekcyjnych, po uprzedniej kwalifikacji lekarskiej.

BADANIA SĄ BEZPŁATNE, ALE ICH WYKONANIE WYMAGA PAŃSTWA ZGODY!

Badania słuchu są nieinwazyjne, bezbolesne i nieuciążliwe, wymagają jednak współpracy dziecka z osobą przeprowadzającą badanie. Podczas testu dziecko ma założone na głowę słuchawki i sygnalizuje przez podniesienie ręki lub naciśnięcie przycisku czy słyszy prezentowane dźwięki.

Szczegóły dotyczące Programu znajdziecie Państwo na stronie internetowej www.przesiewy-mazowsze.ifps.org.pl.

Rodzice i opiekunowie wszystkich dzieci, u których zostaną wykonane badania przesiewowe słuchu otrzymają pisemną informację o wyniku.

Jeżeli wynik badania będzie wskazywał na możliwość występowania zaburzenia słuchu, rodzice/opiekunowie otrzymają wskazówki, dotyczące dalszego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego.

Bardzo ważne! Wynik nieprawidłowy powinien być jak najszybciej zweryfikowany przez lekarza audiologa lub laryngologa.

Przy obecnym stanie wiedzy medycznej wczesne wykrycie zaburzeń słuchu umożliwia ich skuteczne leczenie w większości przypadków. Udział w badaniach przesiewowych to wielka szansa dla dzieci mających zaburzenia słuchu na szybką interwencję i w konsekwencji prawidłowy rozwój oraz lepsze funkcjonowanie w dorosłym życiu.

Wszelkie pytania lub wątpliwości dotyczące Programu prosimy kierować pod numer telefonu: **0 801 987 766** lub e-mail: mazowsze@ifps.org.pl

Z wyrazami szacunku

Dyrektor

Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. dr h. c. multi Henryk Skarżyński

ANKIETA MEDYCZNA

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

- Czy Państwa zdaniem u dziecka występują problemy ze słuchem?
 TAK NIE
- Czy dziecko często prosi o powtórzenie pytań lub informacji?
 bardzo często często rzadko nigdy
- Czy dziecko skarży się na obecność szumów, pisków, brzęczenia lub innych dźwięków, gdy jest cicho?
 bardzo często często rzadko nigdy
- Czy dziecko często słucha głośnej muzyki?
 TAK NIE
- Czy dziecko było leczone z powodu zapaleń uszu?
 TAK NIE
- Czy dziecko skarży się na nadmierny hałas w szkole podczas przerw lekcyjnych?
 TAK NIE nie wiem
- Czy dziecko używa aparatu słuchowego, implantu ślimakowego lub innej protezy słuchowej?
 TAK, w prawym uchu TAK, w lewym uchu TAK, w obu uszach NIE
- Czy dziecko ma zdiagnozowany autyzm lub zespół Aspergera?
 TAK NIE nie wiem

ANKIETA OCENY GŁOSU I MOWY U DZIECI

(wypełnia rodzic/opiekun prawny)

CZĘŚĆ I - GŁOS

- Czy zdaniem Państwa u dziecka występują problemy z głosem?
 TAK NIE
- Czy głos dziecka często jest ochrypnięty?
 TAK NIE
- Czy chrypka pojawia się nawet wtedy, gdy dziecko nie ma infekcji i jest zdrowe?
 TAK NIE
- Czy Państwa dziecko mówi z wysiłkiem?
 TAK NIE
- Czy dziecko mówi głośno i jest krzykliwe?
 TAK NIE

CZĘŚĆ II - MOWA

- Czy zdaniem Państwa u dziecka występują problemy z mową?
 TAK NIE
- Czy Państwa dziecko mówi niewyraźnie?
 TAK NIE
- Czy dziecko nieprawidłowo wymawia niektóre słowa?
 TAK NIE
- Czy dziecko przekręca niektóre słowa?
 TAK NIE
- Czy Państwa dziecko ma trudności z poprawną budową zdania?
 TAK NIE

KWALIFIKACJA LEKARSKA

DO BADANIA PRZESIEWOWEGO

(wypełnia lekarz w trakcie badania)

OCENA OTOSKOPOWA:

Uszy:

- | UL | | UP |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) czop woszczynowy | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2) woszczyna częściowo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3) błona prawidłowa przezierna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 4) błona prawidłowa matowa | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 5) kieszonka epitympanalna | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 6) perlak | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 7) perforacja | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 8) płyn | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 9) dren | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 10) adhezja kosteczek | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 11) inne..... | <input type="checkbox"/> |

Nos:

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) drożny | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2) znaczne skrzywienie przegrody | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3) katar | <input type="checkbox"/> |

Gardło:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1) migdałki podniebienne przerośnięte | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2) bez cech zapalnych | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3) próchnica | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|--------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Brak przeciwwskazań do wykonania badania słuchu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 2. Przeciwwskazania do wykonania badania słuchu | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | a. Czasowe przeciwwskazania medyczne | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | b. Stałe przeciwwskazania medyczne | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 3. Kwalifikacja do testu LINGA | <input type="checkbox"/> |