|  |  |
| --- | --- |
| WYPEŁNIA ORGANIZATOR | |
| Data wpływu |  |
| Numer zgłoszenia |  |

**Karta zgłoszeniowa XV edycja Konkursu *Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku***

***Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej***

Karta dostępna na stronie: <https://www.ptp.net.pl> , http://www.ptp.na1.pl/

|  |  |
| --- | --- |
| **UCZESTNIK DOKONUJĄCY ZGŁOSZENIA** | |
| Autor/ lider zespołu |  |
| Członek zespołu |  |
| Przełożony |  |
| Partner zewnętrzny |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KATEGORIA INNOWACJI** *(zaznacz odpowiednie):* | |
| Praktyka kliniczna |  |
| Organizacja i zarządzanie |  |
| Inne |  |

**I. INFORMACJE O UCZESTNIKU – OSOBA FIZYCZNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Miejsce zatrudnienia** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  |
| **Członkowie zespołu** |  |

**II. INFORMACJE O PARTNERZE ZEWNĘTRZNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa partnera:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Osoba do kontaktu:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |

**III. OPIS INNOWACJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa innowacji:** |  |
| **Rekomendacja kierownika podmiotu leczniczego, w którym wdrożono innowację lub**  **osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu gospodarczego w przypadku spółek cywilnych** |  |

|  |
| --- |
| **Opis innowacji - maksymalnie 2 strony znormalizowanego tekstu. Opisując innowację prosimy o uwzględnienie następujących elementów:**   1. na czym polega innowacja 2. na jaki problem odpowiada innowacja 3. co jest celem innowacji 4. czy i w jakim stopniu innowacja została oparta na dowodach naukowych 5. czy istnieją podobne rozwiązania w pielęgniarstwie w Polsce i na świecie 6. kto jest jej odbiorcą i ostatecznym beneficjentem innowacji 7. na jakim etapie wdrożenia znajduje się innowacja 8. jaki jest zasięg wdrożenia innowacji 9. jaki jest zakres zaangażowania partnerów zewnętrznych 10. czy i jaką zmianę przyniosła innowacja |
| *To jest miejsce na Twój opis innowacji* |

*Potwierdzam, że znana jest mi treść Regulaminu Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku „Innowacje Roku 2019 w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej” i akceptuję jego postanowienia.*

*Oświadczam ponadto, że posiadam prawa autorskie do zgłaszanego opisu innowacji w zakresie niezbędnym   
do jego wykorzystania zgodnie z niniejszym Regulaminem oraz że nie naruszam praw osób trzecich.*

Imię i nazwisko uczestnika konkursu …………………………………………………………………….