

## Kontakty z klientami zewnętrznymi w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Lublinie w okresie VII-XII 2019

### Klinika Chorób Płuc i Reumatologii Dziecięcej (VII – XII 2019r.)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1.	01.07.2019	Qpharma Sp. z o.o.	Firma farmaceutyczna	-	spotkanie po godzinach pracy	p. A.Wierzchoń	Wizyta inf.	brak wpływu
2.	10.10.2019	IMMUNIQ	Firma farmaceutyczna	-	spotkanie po godzinach pracy	p. M. Oleksiejuk	Wizyta inf.	brak wpływu
3.	29.10.2019	Astra Zeneca	Firma farmaceutyczna	-	spotkanie po godzinach pracy	p. K. Krzymowska	Prezentacja - wizyta inf.	brak wpływu
4.	15.11.2019	Polpharma	Firma farmaceutyczna	-	spotkanie po godzinach pracy	p. M. Białek	Wizyta inf.	brak wpływu
5.	17.12.2019	SUN-FARM Sp. z o.o.	Firma farmaceutyczna	-	spotkanie po godzinach pracy	p. B. Szopińska	Wizyta inf.	brak wpływu
6.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Andrzej Emery

**KLINIKA CHIRURGII I TRAUMATOLOGII DZIECIECIEJ MC. VII - XII.2019 R.**

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Paweł Nachulewicz

## ODDZIAŁ ALERGOLOGII DZIECIECIEJ (VII - XII.2019 R.)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr n. med. Jolanta Pietraszek

**KLINIKA ORTOPEDII I REHABILITACJI DZIECIECZEJ – I (VII - XII.2019 R).**

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr hab. n. med. Grzegorz Kandzierski

## II Oddział Ortopedii Dziecięcej (VII-XII 2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr med. Tomasz Raganowiczi

### Oddział Neurologii Dziecięcej (01.07.2019 – 31.12.2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	08.07.2019	Novartis	Wizyta informacyjna		Kontakt osobisty	p. Justyna Rogala	Przekazanie informacji o produktach	Podniesienie wiedzy personelu.
2.	23.07.2019	Teva	Wizyta informacyjna		Kontakt osobisty	p. Joanna Nowikowska	Przekazanie informacji o produktach	Podniesienie wiedzy personelu.
3.	24.07.2019	Sanofi	Wizyta informacyjna		Kontakt osobisty	p. Jarosław Fedko	Przekazanie informacji o produktach	Podniesienie wiedzy personelu

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

Prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek-Szewczyk  
Lekarz Kierujący Oddziałem Neurologii Dziecięcej

## Oddział Hematologii, Onkologii i Transplantologii Dziecięcej (01.VII-31.XII 2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Jerzy Kowalczyk

## Oddział Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii (01.VII-31.XII 2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	---	---	---	---	--	--	--	--
2.								
3								
4.								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Grażyna Mielnik-Niedzielska

### Oddział Pediatrii i Gastroenterologii (01.VII-31.XII 2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1.	16.12.2019 r.	Nestle Sp. z o.o.			Spotkanie	Przedstawiciel firmy Nestle	Prezentacja produktu	Przekazanie informacji o produkcie
2								
3								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. Elżbieta Pac-Kożuchowska

### Klinika Kardiologii Dziecięcej (01.VII-31.12.2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	Brak	
n								

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

dr n. med. Elżbieta Sadurska

### Oddział Patologii Niemowląt (01.VII-31.12.2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1.	1.07.do 31.12. 2019	Brak kontaktów z klientami zewnętrznymi w Oddziale Patologii Niemowląt						

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): Prof. dr hab. n. med. Wanda Furmaga-Jabłońska

## Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 01.VII-31.12.2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazać źródła finansowania działalności				
1	07.08.2019	BIOMEDITEK	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Filip Buchta	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
2	25.09.2019	AMBU	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	Przedstawiciel	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
3	14.10.2019	RADIOMETER	Wizyta informacyjna		Kontakt osobisty	p.Przemysław Wróblewski	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
4	04.11.2019	RADIOMETER	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Przemysław Wróblewski	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
5	13.11.2019	EDWARDS	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Mariusz Dudzic	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
6	14.11.2019	POLFARMA	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Robert Krawczyk	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
7	29.11.2019	BIOMEDITEK	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Filip Buchta	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
8	03.12.2019	PROMED	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	Magdalena Główka	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu
9	18.12.2019	Nestle Nutrition	Wizyta informacyjna	-	Kontakt osobisty	p. Edyta Dyszewska p. Porembiak Joanna	Przekazanie informacji o produkcie.	Podniesienie wiedzy personelu

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):

Dr n. med. Beata Rybojad Lekarz Kierujący Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej USzD w Lublinie

### **Oddział Patologii Noworodków (01.VII-31.12.2019)**

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1.	1.07.do 31.12.2019	Brak kontaktów z klientami zewnętrznymi w Oddziale Patologii Noworodków						

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis): dr n.med. Elżbieta Szponar

## Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii w dn. 01.07.2019-31.12.2019

	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, lecniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1	09.07.2019	SANDOZ Polska	Firma farmaceutyczna		rozmowa	Maciej Węgala Iwona Siemaszko-Kowzan	spotkanie informacyjne w sprawie zjazdu PTEiDD	
2	03.09.2019	ASCENSIA	Firma medyczna		rozmowa	Mariusz Jakubczak	dostarczenie glukometrów	
3	6.09.2019	Pfizer	Firma farmaceutyczna		Rozmowa telefoniczna	Maciej Węgorek	Rozmowa w sprawie Zjazdu PTEiDD	
4	9.09.2019	Roche	Firma medyczna		Rozmowa telefoniczna	Katarzyna Dąbrowska	Rozmowa w sprawie Zjazdu PTEiDD	
5	10.09.2019	IPSEN	Firma farmaceutyczna		Rozmowa telefoniczna		Rozmowa w sprawie wyjazdu do Wiednia na Zjazd ESPE	
6	3-5.10.2019	Firmy uczestniczące w VIII Zjeździe PTEiDD	Firmy farmaceutyczne i medyczne		Udział w Zjeździe PTEiDD		Udział w Zjeździe PTEiDD organizowanym przez Klinikę Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej UM w Lublinie	
7	15.11.2019	Firma Novo Nordisk	Firma farmaceutyczna		Spotkanie w celu przedstawienia nowych insulin		Szkolenie pracowników oddziału	

**Oddział Pediatrii i Nefrologii (01.VII-31.12.2019)**

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego	Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, leczniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego)
1.						
2.						
3.						

## Oddział Rehabilitacji Dziecięcej i Oddział Neurologicznej Rehabilitacji Dziecięcej (01.VII-31.12.2019)

Lp.	Data	Wskazanie klienta zewnętrznego			Forma kontaktu (rozmowa telefoniczna, spotkanie, przesyłka, kontakt drogą elektroniczną)	Imię, nazwisko oraz funkcja osoby występującej w imieniu klienta zewnętrznego	Określenie spraw, których dotyczył kontakt (w tym: określenie produktu, lecniczego lub wyrobu medycznego)	Określenie wpływu, jaki wywarł kontakt podjęty przez klienta zewnętrznego (np. dane dotyczące zakupu lub wykorzystania produktu lecniczego lub wyrobu medycznego)
		Nazwa	Forma działalności	W przypadku stowarzyszeń, fundacji lub innych organizacji wskazanie źródeł finansowania działalności				
1.	01.07.- 31.12.2019	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Imię, nazwisko i stanowisko pracownika (w wersji papierowej czytelny podpis):  
**dr n. med. Jolanta Taczala**