

**ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH
PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**

Nr identyfikacyjny badania:		Data badania: dd/mm/rrrr		
PESEL:		Adres zamieszkania:		
Nazwisko:		ul.		
Imię:		Kod pocztowy:		
Wiek:		Miejscowość:		
Nr telefonu*:		Adres e-mail*:		
Informację o badaniu uzyskałem/am z:				
<input type="checkbox"/> przychodnia POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie od realizatora programu:	<input type="checkbox"/> inne

Część B. Wywiad kliniczny

Parametry antropometryczne:	Masa ciała kg	Wzrost..... cm	BMI.....
1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy			
kwę w kale/anemia:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
niezamierzone chudnięcie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
Zmiana rytmu wypróżnień:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	
2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?			
ostatnie badanie przeprowadzono w roku:..... , ew. miejsce (ośrodek):			
Wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak
			<input type="checkbox"/> Inny jaki
3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na jelita grubego?			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak	
<i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>			
Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia	
Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia	
Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia	
Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia	
Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia		

3.a Czy przeżyła Pani w przeszłości operacje	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Ginekologiczne	rok :	
Usunięcie wyrostka robaczkowego	rok :	
Cesarskie cięcie	rok :	
Usunięcie pęcherzyka żółciowego	rok :	
Usunięcie przepukliny	rok :	
Inne:	rok :	

4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozzredzające” (przeciwwkrzepliwe) krew?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeśli tak należy wskazać jakie: <input type="checkbox"/> acetylosylicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwplytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plarocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
------------------------------	------------------------------	---

5. Czy pali Pan/Pani papierosy?

<input type="checkbox"/> Tak	Ile lat:	Ile papierosów dziennie:
<input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości	Rzuciłem/am: lat temu	Paliłem/am: papierosów dziennie
<input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem		
<input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am		

6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?

Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie:
Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie:
Cukrzyca:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak – od.....lat
Niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Inne istotne choroby współistniejące:		

Część C. Oświadczenia

Oświadczenia		
Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w "Programie badań przesiewowych raka jelita grubego", o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis świadczeniobiorcy	

Część D. Decyzja o kwalifikacji

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Miejscowość i data	Podpis lekarza kwalifikującego do badania	

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

1. Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

- 1) 50-65 lat;
- 2) 40-49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

2. Kryteria wyłączenia

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach Programu badań przesiewowych raka jelita grubego jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów - gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju - są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego. Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu. Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobre przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie może być wykonane w ośrodku realizującym Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Część F. zgoda

zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu: (opcjonalnie)

Adres e-mail: (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS * zawiadomienia o kolejnej wizycie.

Miejscowość i data

czytelny podpis świadczeniobiorcy

* dane opcjonalne na podstawie zgody świadczeniobiorcy (określonej w części F)

** jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

*** niepotrzebne skreślić