

**Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego**

**Edycja 2016-2018**

## **ANKIETA**

**dotycząca możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach  
Programu Badań Przesiewowych mających wykryć ewentualne polipy  
lub nowotwory jelita grubego u osób bez objawów chorobowych**

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w

**Centrum Zdrowia SALUS w Słupsku, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 90 00**

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. Kolonoskopia **jest bezpłatna** zarówno dla osób poddających się badaniu jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- **wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- **osoby w wieku 40-65 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- **osoby w wieku 25–65 lat** pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

**Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat!**

Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz **podpisana przez lekarza kierującego**.

Ankietę należy dostarczyć do Ośrodka realizującego program:

**Centrum Zdrowia SALUS**

**Słupsk, ul. Zielona 8, tel. (059) 848 90 00, 721 21 21 37**

**e-mail: rejestracja@salus.com.pl**

W razie pytań i wątpliwości prosimy o kontakt w godzinach:

**poniedziałek – piątek 7.00 – 19.00**

# ANKIETA

Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....

□□□□□□□□□□ PESEL

wzrost (cm):..... waga (kg):.....

Adres:.....  
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom: ..... praca:.....kom:.....

**Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych (PBP).  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.**

Data ..... Podpis .....

**Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.**

Data ..... Podpis .....

**Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):**

- |  |            |            |
|--|------------|------------|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach    | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana          | <b>TAK</b> | <b>NIE</b> |

**Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat** **TAK** **NIE**

**Uwaga:** do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE

**Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):**

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp, lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

• **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:** **TAK** **NIE**  
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:  
.....

• **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** **TAK** **NIE**

Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....

czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat..... **TAK** **NIE**

• **Czy pali Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

• **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**

Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie.....od ilu lat nie pali.....

• **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle**

(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna) **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Omar, Gasec, Ortanol):

**U kobiet:** Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą? **TAK** (ile lat.....) **NIE**

**Przebyte operacje brzuszne:** .....

**Uwagi:** .....

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**  
(pieczętka + podpis lekarza kierującego) .....