

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

Część A. Dane pacjenta

Nr identyfikacyjny badania: _____		Data badania: dd/mm/rrrr		
PESEL:		Adres zamieszkania:		
Nazwisko:		ul.		
Imię:		Kod pocztowy:		
Wiek:		Miejscowość:		
Nr telefonu*:		Adres e-mail*:		
<b>Informację o badaniu uzyskałem z:</b>				
<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"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> Inne

Część B. Wywiad kliniczny

<b>Parametry antropometryczne:</b>	Masa ciała ____ kg	Wzrost ____ cm	BMI _____
<b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy</b>			
krew 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	
<b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?</b>			
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek) _____			
<b>Wynik Ostatniego badania:</b>	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> Polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak
Inny, jaki _____			
<b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b>			
<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>			
<b>Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	<input type="checkbox"/> Poniżej 60 r. życia		<input type="checkbox"/> Powyżej 60 r. życia

<b>Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	Poniżej 60 r. życia	Powyżej 60 r. życia
<b>Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	Poniżej 60 r. życia	Powyżej 60 r. życia
<b>Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	Poniżej 60 r. życia	Powyżej 60 r. życia
<b>Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>	Poniżej 60 r. życia	Powyżej 60 r. życia

#### 4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?

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

#### 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?

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

Część C. Oświadczenia

<b>Oświadczenia:</b>		
Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a 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
Słupsk, dn.		
<i>Miejscowość i data</i>	<i>Podpis Świadczeniobiorcy</i>	

Część D. Decyzja o kwalifikacji

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

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

### 1. Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

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

### 2. Kryteria wyłączenia

Osoby, u których:

- Występują objawy kliniczne nowotwór jelita grubego;
- 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 jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby ze zmianami 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

Badanie wykonuje za kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego. Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla osób, jednak może 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 1000 badań).

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

## Zgoda 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 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 zm.).

Wyrażam zgodę na przesłanie 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