

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie EFS)

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:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24 – 100 Puławy

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. Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach, ul. Bema 1, 24-100 Puławy

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach: 7.30 – 15.05

Numer telefonu: 81 45 02 277, fax 81 47 08 302

1. Zostałam/em poinformowana/y o celu badań kolonoskopowych w ramach „Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego” i o znaczeniu wykonywanych badań kolonoskopowych dla ustalenia rozpoznania oraz możliwości zrezygnowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji.
2. Zostałam/em poinformowana/y o celu zbierania danych osobowych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.) oraz, że udział w programie jest dobrowolny, a także, że zbierane dane, o których mowa pkt. 1,2 i 3 zgody, będą przetwarzane i przechowywane przez administratora danych (podmiot prowadzący moją dokumentację medyczną na potrzeby realizacji przedmiotowego Programu), zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186

Data i podpis uczestnika:

Program Badań Przeciwnowotworowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie EFS)

Imię, Nazwiskopleć:..... 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 Przeciwnowotworowych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałam/em 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) TAK NIE
- bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach TAK NIE
- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana TAK NIE

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 odpowiadziały 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:**

serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:

TAK NIE

• **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:**

Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat.....

TAK NIE

• **Czy pali Pan(i) papierosy:**

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

TAK NIE

• **Czy w przeszłości palił(a) Pan(l) papierosy:**

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

TAK NIE

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

(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid,

Omar, Gasec, Ortanol);

TAK NIE NIE WIEM

TAK NIE NIE WIEM

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)