

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

### Część A. Dane pacjenta

<b>Nr identyfikacyjny badania:</b> _____	<b>Data badania:</b> dd/mm/rrrr					
<b>PESEL:</b>	<b>Adres zamieszkania:</b>					
<b>Nazwisko:</b>	ul.					
<b>Imię:</b>	Kod pocztowy:					
<b>Wiek:</b>	Miejscowość:					
<b>Nr telefonu*:</b>	<b>Adres e-mail*:</b>					
<b>Skąd została uzyskana informacja o badaniach profilaktycznych?</b>						
<input type="checkbox"/> lekarz POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka środowiskowa	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, internet	<input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie przesłane pocztą	<input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ	<input type="checkbox"/> inne źródła

### Część B. Wywiad kliniczny

<b>Parametry antropometryczne:</b>	Masa ciała ____ kg	Wzrost ____ cm		
<b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?</b>				
<b>krw w kale/anemia:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak		
<b>niezamierzone chudnięcie:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak		
<b>Zmiana rytmu wypróżnień:</b>	<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): _____				
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak	<input type="checkbox"/> 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>				

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	

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

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i> <input type="checkbox"/> acetylosycylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwplytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwnkrzeplowe 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 w przebiegu Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne?

<input type="checkbox"/> Nie		
<input type="checkbox"/> Tak	Usunięcie pęcherzyka żółciowego – rok _____	Usunięcie wyrostka robaczkowego - rok _____
	Usunięcie prostaty – rok _____	Usunięcie przepukliny – rok _____
	Ginekologiczne – rok _____	Cesarskie cięcie – rok _____

#### 7. 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 odbyty 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

### **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 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 email/ 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