ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH
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\*: |
| Informację o badaniu uzyskałem/am z: |
| □przychodnia POZ | □lekarz specjalista | □prasa, radio, telewizja, Internet | □indywidualne zaproszenie od realizatora programu:□ list, □ telefon, □ sms | □inne |

Część B. Wywiad kliniczny

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parametryantropometryczne: | Masa ciała \_\_\_\_\_\_\_kg | Wzrost cm | BMI |
| 1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy |
| krew w kale/anemia: | □ nie | □ tak |
| niezamierzone chudnięcie: | □ nie | □ tak |
| Zmiana rytmu wypróżnień: | □ nie | □ tak |
| 2. Czy miał Pan/Pani w przeszości wykonaną kolonoskopię? |
| ostatnie badanie przeprowadzono w roku:\_\_\_\_\_\_\_\_, ew. miejsce (ośrodek): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| wynikostatniegobadania: | □prawidłowy | □polipy (zmiany łagodne) | □rak | □inny,jaki |
| 3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, mat raka jelita grubego? | ca, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na |
| □nie | □nie wiem | □tak |
| Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania: |
| Ojciec, wiek w chwili rozpoznaniaJ ’ 1 □ pomzei 60 r. życia □ powyzei 60 r. życia nowotworu: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu: | □ poniżej 60 r. życia | □ powyżej 60 r. życia |
| Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu: | □ poniżej 60 r. życia | □ powyżej 60 r. życia |
| Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu: | □ poniżej 60 r. życia | □ powyżej 60 r. życia |
| Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu: | □ poniżej 60 r. życia |  |
| 4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwkrzepliwe) krew? |
| □nie | □tak | Jeśli tak należy wskazać jakie:* acetylosylicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)
* leki przeciwkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)
* leki przeciwpłytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)
* NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
 |
| 5. Czy pali Pan/Pani papierosy? |
| □ Tak | Ile lat: | Ile papierosów dziennie: |
| □ Nie, ale paliłem/am w przeszłości | Rzuciłem/am: lat temu | Paliłem/am: papierosów dziennie |
| □ Nie, ale jestem biernym palaczem |  |  |
| □ Nie, nigdy nie paliłem/am |  |  |
| 6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby? |
| Choroby serca ograniczające codzienną aktywność: | □ nie | □ tak, jakie: |
| Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność: | □ nie | □ tak, jakie: |
| Cukrzyca: | □ nie | □ tak - od lat |
| Niewydolność nerek: | □ nie | □ tak |
| Padaczka: | □ nie | □ tak |
| Inne istotne choroby współistniejące: |  |
|  |

Część C. Oświadczenia

|  |
| --- |
| Oświadczenia |
| Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat. | □ tak | □ nie |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita | □ tak | □ 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. | □ tak | □ nie |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”. | □ tak | □ nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie. | □ tak | □ nie |
|  |  |
| Miejscowość i data | Podpis świadczeniobiorcy |

Część D. Decyzja o kwalifikacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kwalifikacja do badania:\*\* | □ tak | □ 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.
3. **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.

**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 e- mail/ przekazanie drogą SMS \* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

…………………………………. ………………………………………………….

Miejscowość i data czytelny podpis świadczeniobiorcy

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

\*\*\* niepotrzebne skreślić