

**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: | | | | |
| <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

| | | | |
|---|--|--|---|
| Parametry antropometryczne: | Masa ciała ____ kg | Wzrost ____ cm | BMI _____ |
| 1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy | | | |
| krw 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 | |
| 2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię? | | | |
| 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 |
| 3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego? | | | |
| <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"/> acetylosylicylany (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 przeciwzakrzepowe 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 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 | |
| Czy przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne? | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak, jakie (rok): _____ | |
| 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 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.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-
zgody 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

*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