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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parametry  antropometryczne: | | 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):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | |
|  | | | |
| wynik  ostatniego  badania: | □  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 rozpoznania  J ’ 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