

**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 POZ, <input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ, <input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka 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? **

krew 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?

tak nie

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"/> acetylosalicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwpłytkowe (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 pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa?

tak nie

jeżeli TAK, podaj powód:	<input type="checkbox"/> Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej:	
	<input type="checkbox"/> Ginekologiczne:	rok _____
	<input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie:	rok _____
	<input type="checkbox"/> Usunięcie pęcherzyka żółciowego:	rok _____
	<input type="checkbox"/> Usunięcie wyrostka robaczkowego:	rok _____
	<input type="checkbox"/> Usunięcie przepukliny:	rok _____
	<input type="checkbox"/> Usuniecie prostaty:	rok _____

<input type="checkbox"/> Inne:	jakie: _____
<input type="checkbox"/> Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości	
<input type="checkbox"/> Duży lęk przed wykonaniem badania	

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 odbytnicę 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. Zgoda na przetwarzanie danych

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