**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 POZ  □ koordynator opieki POZ  □ położna/pielęgniarka 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 przeszłości 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, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?** | | | | | | | | | | | |
| □  nie | | | □  nie wiem | | | | | | □  tak | | |
| ***Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:*** | | | | | | | | | | | |
| **Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:** | | | □ poniżej 60 r. życia | | | | | □ powyżej 60 r. życia | | | |
| **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 pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (segacji) z udziałem anestezjologia?** | | | | | | | | □ tak | | | □ nie |
| **Jeżeli TAK,**  **podaj powód** | □ **Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej:** | | | | | | | | | | |
| □ ginekologiczne: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ cesarskie cięcie: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ usunięcie pęcherzyka żółciowego: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ usunięcie wyrostka robaczkowego: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ usunięcie przepukliny: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ usunięcie prostaty: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ inne: | | | | | | | | rok \_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □ Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości | | | | | | | | | | |
| □ Duży lęk przed wykonaniem badania | | | | | | | | | | |
| **7. 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.

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. **Zgoda na przetwarzanie danych**

**Zgoda 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