**Załącznik Nr**

**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 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 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:** |  |
|  |

 Zwiń tabelę

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. 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