

**ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH  
PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**

**Część A. Dane pacjenta.**

Nr identyfikacyjny badania:	Data badania:
PESEL:	Adres zamieszkania:
Nazwisko:	ul.
Imię:	Kod pocztowy:
Wiek:	Miejscowość:
Nr telefonu*:	Adres e-mail*:
Skąd została uzyskana informacja o badaniach profilaktycznych? <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"/> praca/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.**

Pomiary antropometryczne	Masa ciała w kg:	Wzrost w cm:	BMI:
<b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?</b>			
krwawienie 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	
<b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</b>			
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: ....., ewentualnie miejsce (ośrodek): .....			
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak <input type="checkbox"/> inny (jaki?)
<b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b>			
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak	
Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:			
Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 roku życia	
Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 roku życia	
Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 roku życia	
Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 roku życia	
Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 roku życia	

<b>4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwwkrzepliwe) krew?</b>		
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeśli tak należy wskazać jakie: <input type="checkbox"/> acetylosalicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwwkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwplatekcyjne (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
<b>5. Czy pali Pan/Pani papierosy?</b>		
<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		
<b>6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</b>		
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"/> usunięcie prostaty:	rok:
	<input type="checkbox"/> inne	rok:
	<input type="checkbox"/> niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości	
<input type="checkbox"/> duży lęk przed wykonaniem badania		
<b>7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?</b>		
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 ilu lat?:
Niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Inne istotne choroby współistniejące, jakie?:		

### Część C. 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
..... <i>miejsowość i data</i>	..... <i>podpis świadczeniobiorcy</i>	

### Część D. Decyzja o kwalifikacji.

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
..... <i>miejsowość i data</i>	..... <i>podpis lekarza kwalifikującego do badania</i>	

### Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

- Kryteria kwalifikacji do programu:  
Osoby w wieku:
  - 50–65 lat;
  - 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.
- Kryteria wyłączenia:  
Osoby, u których:
  - występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
  - 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 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.

.....

*miejsowość 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