

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 specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> Indywidualne zaproszenie od realizatora programu (list, telefon, sms)	<input type="checkbox"/> Inne

*dane opcjonalne

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/a Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____			
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy	<input type="checkbox"/> nowotwór
			<input type="checkbox"/> inny, jaki _____

3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (krewni I stopnia, 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 wiek w chwili rozpoznania (w przypadku więcej niż 1 osoba, można wskazać 2 odpowiedzi, jeśli mają one zastosowanie):</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	<input type="checkbox"/> powyżej 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> Jakie: _____
5. Czy pali Pan/Pani papierosy ?		
<input type="checkbox"/> tak, ile sztuk dziennie, od ilu lat..... <input type="checkbox"/> nie, ale paliłem/am w przeszłości przez lat, sztuk dziennie. Nie pale od lat. <input type="checkbox"/> nie, ale jestem biernym palaczem. <input type="checkbox"/> nie, nigdy nie paliłem/am.		
6. Czy przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne?		
<input type="checkbox"/> nie		
<input type="checkbox"/> tak	<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"/> Inne (jakie?), rok: _____	
7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby:		

Centrum Gastrologiczno – Hepatologiczne

choroby serca ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
cukrzyca:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
inne istotne choroby współistniejące (<i>jakie?</i>): _____		

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
Oświadczam, iż podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu.	<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	

** jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK, kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

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.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP)

Rodzajami danych osobowych przetwarzanych w PBP są:

Dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, PESEL) i kontaktowe (adres, telefon, e-mail) oraz dane medyczne uzyskane z wypełnionych ankiet i wyniki wykonanych badań (w tym kolonoskopii i histopatologii), a także dane pozyskane w trakcie obserwacji i nadzoru.

Czas przechowywania danych osobowych:

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane wynika z celu, czyli z prowadzenia PBP, którego jednym z zadań jest długotrwała, wieloletnia obserwacja zbadanych osób i analiza efektów epidemiologicznych (nie krócej niż 20 lat).

Część F. Zgody

Zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

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 przesłanie prawidłowego wyniku badania drogą e-mail oraz kontakt telefoniczny w celu powiadomienia o ewentualnej kolejnej wizycie.

_____	_____
Miejscowość i data	Czytelny podpis świadczeniobiorcy