

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: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> inne

Część 8. 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?			
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
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	
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 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	Jeżeli tak należy wskazać jakie: <input type="checkbox"/> acetylosycylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> leki przeciwplatekcyjne (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwnzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
5. Czy pali Pan/Pani papierosy'?		
<input type="checkbox"/> Tak	Ile lat: __	lic 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 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	