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?	☐ tak ☐ nie

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:* ☐ **acetylosalicylany** *(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 (sedacji) z udziałem anestezjologa?		☐ 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:	jakie:_____
	☐ 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.

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 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

Oświadczenie pacjenta

W przypadku badania kolonoskopowego wykonanego w ramach programu profilaktycznego badania jelita grubego prowadzonego w znieczuleniu ogólnym przy udziale lekarza anestezjologa zostałem(am) poinformowany(a) o zakazie prowadzenia pojazdów mechanicznych 12 godzin po wykonanym badaniu.

.....

data i podpis pacjenta