

**Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego
ANKIETA (w programie oportunistycznym)**

Imię, Nazwisko płeć: data urodz

Adres:
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom: praca: kom:

**Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.**

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/łam się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data Podpis

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|------------|------------|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana | TAK | NIE |

Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat **TAK** **NIE**

Uwaga: do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? **TAK** **NIE** **NIE WIEM**
Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp, lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

• **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:** **TAK** **NIE**
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:
.....

• **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** **TAK** **NIE**
Jeśli TAK: typ, od ilu lat
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat

• **Czy pali Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**
Jeśli TAK, od ilu lat ile sztuk dziennie

• **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**
Jeśli TAK, ile lat ile sztuk dziennie od ilu lat nie pali

• **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle**
(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)	TAK	NIE	NIE WIEM
- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol):	TAK	NIE	NIE WIEM

U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą? TAK (ile lat) **NIE**

Przebyte operacje brzuszne:

Uwagi:

Stwierdzam, że u danej osoby
nie podejrzewam raka jelita grubego
(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie oportunistycznym)

dotycząca możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych mających wykryć ewentualne polipy lub nowotwory jelita grubego u osób bez objawów chorobowych

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania.

Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. Kolonoskopia jest bezpłatna zarówno dla osób poddających się badaniu jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- **wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- **osoby w wieku 40 – 65 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- **osoby w wieku 25 – 65 lat** pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat

Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz **podpisana przez lekarza kierującego.**

Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach:

Numer telefonu: