

## **ANKIETA**

**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:

H–T. Centrum Medyczne - Endoterapia  
Al. Bielska 105  
43 - 100 Tychy

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:

H - T Centrum Medyczne - Endoterapia  
ul. Paprocańska 137D  
43 - 100 Tychy

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach: 11.00. - 18.00.

Numer telefonu:  
**32/ 217 53 60**  
**32/217 88 66**  
**501 779 729**

# ANKIETA

Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

wzrost (cm):..... waga (kg):.....

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

Telefon: dom: ..... 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 otrzymałam/em nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałam/em się z instrukcją do 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)	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
- bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>

**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.....      **TAK**      **NIE**
- **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) .....