

ANKIETA (w programie PBP-OP)

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

PESEL

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

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.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/em 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..... **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)

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie PBP-OP)

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 endoskopu wprowadzonego przez odbył. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w Ośrodku PBP:

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

Program PBP-OP jest finansowany 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**. Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

H-T. Centrum Medyczne - Endoterapia
Al. Bielska 105
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

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

Informujemy, że administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B. („Administrator”).

Od dnia 25.05.2018 r. będzie możliwość skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych („IODO”);
 adres korespondencyjny: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
 nr telefonu: 22 546-28-89

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w celu realizacji Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP), w szczególności:

- 1) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO* w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i lit. e) RODO* w celu:
 - a. wypełnienia obowiązku ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej
 - b. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi;
- 3) na podstawie odrębnej zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, w celu realizacji zadań Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

Podstawowym celem i zadaniem PBP jest wykonywanie badań profilaktycznych raka jelita grubego, zgodnie ze światowymi wytycznymi medycznymi, dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór w populacji polskiej.

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.

Dane o stanie zdrowia, uwzględnione wśród szczególnych kategorii danych osobowych, mogą być przetwarzane w PBP, zgodnie z art. 9 ust. 2 i ust. 3 RODO*.

Czas przechowywania danych osobowych:

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane nie może być dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane, czyli do prowadzenia PBP, którego jednym z zadań jest długotrwała, wieloletnia obserwacja zbadanych osób i analiza efektów epidemiologicznych (nie krócej niż 20 lat).

Prawa osoby, której dotyczą dane osobowe, o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony zdrowia, obejmują:

prawo dostępu do treści swoich danych osobowych; prawo do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne; prawo żądania od Administratora usunięcia danych, jeśli osoba wycofa zgodę na przetwarzanie danych osobowych; prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych; prawo do przenoszenia danych, czyli prawo do otrzymania dostarczonych Administratorowi danych osobowych oraz przesłania ich innemu administratorowi; prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie uzasadnionego interesu Administratora lub wobec przetwarzania w celu marketingu bezpośredniego; prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych); prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem); prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony Administratora, wyrażenia własnego stanowiska i do zakwestionowania decyzji opartej na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych.

Prawa wymienione powyżej można zrealizować m.in. poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany na wstępie) lub poprzez kontakt z Administratorem (adres podany na wstępie), z dopiskiem: „Ochrona danych osobowych w PBP”.

**Rozporządzenie 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).*

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami:

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego:

.....

Miejscowość, Data,

Podpis