H-T. CENTRUM MEDYCZNE

ANKIETA DO KOLONOSKOPII

Imię i nazwisko ……płeć:…… data urodz.:……

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

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

Telefon: dom:…… praca:…… kom.:……

Data przekazania ankiety: ……

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

- obecność krwi w stolcu **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**
Jeśli TAK, to:
1. **kiedy? W latach ……**
2. **Proszę o dostarczenie kopii wyniku.**

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 …… **TAK** **NIE**
  Czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat …… **TAK** **NIE**
- **Czy stosuje Pan(i):**
  - kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna) **TAK** **NIE** **NIE WIEM**
- **Inne leki.** Jeśli TAK, proszę wymienić:……

U kobiet: Czy jest Pani w ciąży? **TAK** **NIE**

Przebyte operacje brzuszne: ……

Uwagi: ……

Administrator danych osobowych spełnił obowiązek informacyjny na stronie www.htcentrum.pl w zakładce RODO.

© H-T. Centrum Medyczne
Materiał opracowany przez H-T. Centrum Medyczne Sp. z o.o.Sp.k. Powielanie treści jest nieuprawnione.