

**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*:  |   |                                  |
| <b>Informację o badaniu uzyskałem/am z:</b>   |  |   |   |                                  |
| <input type="checkbox"/><br>przychodnia POZ:<br><input type="checkbox"/> lekarz POZ,<br><input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ,<br><input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka POZ | <input type="checkbox"/><br>lekarz specjalista | <input type="checkbox"/><br>prasa, radio,<br>telewizja,<br>Internet | <input type="checkbox"/><br>indywidualne zaproszenie od<br>realizatora programu:<br><input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms | <input type="checkbox"/><br>inne |

## Część B. Wywiad kliniczny

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Parametry antropometryczne:</b>  | Masa ciała ____ kg                           | Wzrost ____ cm                                   | BMI _____   |
| <b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?*</b>  |  |  |   |
| <b>krw w kale/anemia:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>niezamierzone chudnięcie:</b>  | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>Zmiana rytmu wypróżnień:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?</b>  |  |  | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                 |
| ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____   |  |  |   |
| <b>wynik ostatniego badania:</b>  | <input type="checkbox"/> prawidłowy          | <input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne) | <input type="checkbox"/> rak<br><input type="checkbox"/> inny, jaki _____ |
| <b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b> |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> nie wiem            | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>                    |  |  |   |
| <b>Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia     |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia                                  | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>  | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia                                  | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia                                  | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia                                  |  |
| <b>4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?</b>                       |   |  |
| <input type="checkbox"/> nie   | <input type="checkbox"/> tak  | <i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i><br><input type="checkbox"/> acetylosalicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)<br><input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)<br><input type="checkbox"/> leki przeciwplatekcyjne (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)<br><input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban) |
| <b>5. Czy pali Pan/Pani papierosy?</b>   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Tak   | Ile lat: _____  | Ile papierosów dziennie: _____   |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości   | Rzuciłem/am: _____ lat temu   | Paliłem/am: _____ papierosów dziennie  |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am   |   |  |
| <b>6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa?</b> |   | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  |
| jeżeli TAK, podaj powód:   | <input type="checkbox"/> Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej: |  |
|  | <input type="checkbox"/> Ginekologiczne:                                      | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie:                                    | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Usunięcie pęcherzyka żółciowego:                     | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Usunięcie wyrostka robaczkowego:                     | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Usunięcie przepukliny:                               | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Usunięcie prostaty:                                  | rok _____  |
|  | <input type="checkbox"/> Inne:  | jakie: _____   |
| <input type="checkbox"/> Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości                    |   |  |
| <input type="checkbox"/> Duży lęk przed wykonaniem badania   |   |  |
| <b>7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?</b>                                      |   |  |
| <b>Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:</b>  | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____   |
| <b>Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:</b>   | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____   |
| <b>Cukrzyca:</b>   | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak – od _____ lat  |
| <b>Niewydolność nerek:</b>   | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak   |
| <b>Padaczka:</b>   | <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> tak   |
| <b>Inne istotne choroby współistniejące:</b>   | _____   |  |

### Część C. Oświadczenia

| <b>Oświadczenia</b>   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie.  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|   |                              |                              |
| Miejscowość i data  | Podpis świadczeniobiorcy     |                              |

### Część D. Decyzja o kwalifikacji

|                            |   |                              |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Kwalifikacja do badania:** | <input type="checkbox"/> tak              | <input type="checkbox"/> 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.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-**  
**zgody 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