

## ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

### Część A. Dane pacjenta

<b>Nr identyfikacyjny badania:</b>		<b>Data badania:</b> dd/mm/rrrr		
<b>PESEL:</b>		<b>Adres zamieszkania:</b>		
<b>Nazwisko:</b>		<b>ul.</b>		
<b>Imię:</b>		<b>Kod pocztowy:</b>		
<b>Wiek:</b>		<b>Miejscowość:</b>		
<b>Nr telefonu*:</b>		<b>Adres e-mail*:</b>		
<b>Informację o badaniu uzyskałem/am z:</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
przychodnia POZ	lekarz specjalista	prasa, radio, telewizja, Internet	indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> 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"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
Jeżeli TAK, proszę podać ostatnie badanie przeprowadzono w roku:, ew. miejsce (ośrodek):			
<b>wynik ostatniego badania:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	prawidłowy	polipy (zmiany łagodne)	rak
			<input type="checkbox"/> inny, jaki

**3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?**

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak
------------------------------	-----------------------------------	------------------------------

**Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:**

<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	

**4. Czy zażywa Pan/Pani leki "rozzredzające" (przeciwnkrzepliwe) krew?**

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	Jeśli <b>tak</b> należy wskazać jakie: <input type="checkbox"/> <b>acetylosylicylany</b> (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard) <input type="checkbox"/> <b>leki przeciwnkrzepliwe</b> (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin) <input type="checkbox"/> <b>leki przeciwplatekcyjne</b> (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin) <input type="checkbox"/> <b>NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji</b> (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)
------------------------------	------------------------------	--

**5. Czy pali Pan/Pani papierosy?**

<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		

**6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?**

<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
<b>Miejscowość i data</b>	<b>Podpis świadczeniobiorcy</b>	

### Część D. Decyzja o kwalifikacji

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>Miejscowość i data</b>	<b>Podpis lekarza kwalifikującego do badania</b>	

### 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 odbyty 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. Zgoda RODO

### Zgoda 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

---

Opracowano na podstawie załącznika do ZARZĄDZENIA Nr 111/2022/DSOZ  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 2 września 2022 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  
w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  
(Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm. <sup>1</sup>).