

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dotyczący możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach realizowanego projektu pn. *"Popularyzacja badań kolonoskopowych i podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego przez Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu"* w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 8 Oś Priorytetowa Rynek pracy, Działanie 8.6 Wsparcie na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej, Poddziałanie 8.6.2 Programy zdrowotne - dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem projektu jest podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego i przełamanie barier powstrzymujących pacjentów z grupy docelowej przed badaniem przesiewowym na terenie powiatu nowotarskiego poprzez przeprowadzenie kampanii informacyjnej, wykonanie kolonoskopii u 1400 pacjentów i aktywizację 45 lekarzy POZ do dnia 31.05.2019r.

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. **Kolonoskopia jest bezpłatna.** Badania wykonywane są przez doświadczonych lekarzy w:

Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu

ul. Szpitalna 14, 34-400 Nowy Targ,

Pracownia Endoskopii

Informacja i rejestracja telefoniczna: **+48 18 26 33 910**

w godz.: **7.00-11.00**

Do badań kwalifikują się:

- osoby w wieku **50-65 lata**,
- osoby w wieku **40-49 lat**, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego, zamieszkałe na terenie powiatu nowotarskiego,
- osoby w wieku **25-49 lat** z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC)

1. **Oświadczam, że zamieszkuje, pracuje lub uczę się na terenie województwa małopolskiego w powiecie nowotarskim:**

Adres zamieszkania / zakładu pracy / szkoły*: powiat,
gmina, kod pocztowy miejscowość,
ulica, nr budynku, nr lokalu

*niepotrzebne skreślić

Data Podpis

2. **Czy ktoś z Pana/Pani krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci, rodzeństwo) miał nowotwór jelita grubego?** TAK NIE

Jeśli TAK, proszę o podpisanie oświadczenia:

Oświadczam, że mam krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego.

Data Podpis

3. **Czy w Pana / Pani rodzinie wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC)?** TAK NIE

Jeśli TAK, proszę o podpisanie oświadczenia:

Oświadczam, że w mojej rodzinie wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). Załączam kserokopię potwierdzenia z Poradni Genetycznej.

Data Podpis

4. **Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach projektu popularyzacji badań kolonoskopowych i podniesienia świadomości w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu nowotarskiego.**

Wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Projektu.

Data Podpis

5. **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem rekrutacji.**

Data Podpis