

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie EFS)



Imię i 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 Projektu Badań Przesiewowych, Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data **Podpis**

Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem /zapoznałam się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data **Podpis**

Czy występują u Pana / Pani 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 Pan / miała Pani wykonywaną 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/Pani istotne choroby: **TAK NIE**

serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK proszę wymienić:

.....

Czy choruje Pan/Pani 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/Pani papierosy: **TAK NIE**

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

Czy w przeszłości palił Pan/paliła Pani papierosy: **TAK NIE**

Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie..... od ilu lat nie pali.....

Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował Pan/przyjmowała Pani 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 EFS)

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 instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito - dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:

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** z rodziny z zespołem Lyncha. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej. Członkowie takiej rodziny powinni mieć powtarzane kolonoskopie co 2-3 lata, chyba, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznej i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat (poza pacjentami z zespołem Lyncha)!

Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz **podpisana przez lekarza kierującego**. Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach:

Numer telefonu: