

## Ankieta medyczna

### Projekt: "Na WSPAK! Program profilaktyki nowotworowej w Siemianowicach Śląskich"

Imię i nazwisko .....

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

waga (kg) ..... wzrost (cm) .....

**Czy występują u Pani(a) 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(a) Pan(i) kiedykolwiek kolonoskopię:** **TAK** (kiedy, rok.....) **NIE**

**Uwaga:** do badania kwalifikują się tylko te osoby, które na wszystkie 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(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.....

czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat..... **TAK NIE**



**Czy pali Pan(i) papierosy:**

**TAK NIE**

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

**Czy w przeszłości palil(a) Pan(i) papierosy:**

**TAK NIE**

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

**Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle (co najmniej przez 3 miesiące):**

1. kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)

**TAK NIE NIE WIEM**

2. jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol):

**TAK NIE NIE WIEM**

**Czy występowały u Pana(i) objawy uczulenia na leki:**

**TAK NIE**

Jeśli TAK, proszę wymienić na jakie: .....

.....

**U kobiet:** Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?

**TAK (ile lat.....) NIE**

**Przebyte operacje brzuszne:** .....

.....

**UWAGI:** .....

.....

Siemianowice Śląskie, dn. ....

*Czytelny podpis*



Nie dotyczy

Oświadczam, iż posiadam krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci – właściwe podkreślić), u których rozpoznano raka jelita grubego.

*Data* .....

*Podpis* .....

Nie dotyczy

Oświadczam, iż pochodzę z rodziny HNPCC. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

*Data* .....

*Podpis* .....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Projektu "Na WSPAK!  
Program profilaktyki nowotworowej w Siemianowicach Śląskich".

*Data* .....

*Podpis* .....

## SKIEROWANIE LEKARSKIE

Stwierdzam, że u danej osoby nie podejrzewam raka jelita grubego i kwalifikuję ją/ nie kwalifikuję jej do bezpłatnego badania kolonoskopowego w ramach projektu pn: "Na WSPAK! Program profilaktyki nowotworowej w Siemianowicach Śląskich" w grupie:

- osób w wieku 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego;
- osób w wieku 40 – 49 lat, które mają krewnego I stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego;
- osób w wieku 25 – 49 lat, z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego HNPCC.

*Data* .....

*Imię i Nazwisko* .....

*Podpis i pieczęć Lekarza* .....