

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):

- | | | |
|---|------------|------------|
| 1. obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| 2. bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| 3. 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