Załącznik do załącznika Nr 7

# ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH

**PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**

Część A. Dane pacjenta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** **identyfikacyjny badania:** | | | **Data badania: dd/mm/rrrr** | |
| **PESEL:** | | | **Adres zamieszkania:** | |
| **Nazwisko:** | | | ul. | |
| **Imię:** | | | Kod pocztowy: | |
| **Wiek:** | | | Miejscowość: | |
| **Nr** **telefonu\*:** | | | **Adres e-mail\*:** | |
| **Informację o badaniu uzyskałem/am z:** | | | | |
| ☐  przychodnia POZ:   * lekarz POZ, * koordynator opieki POZ, * położna/pielęgniarka POZ | ☐  lekarz specjalista | ☐ prasa, radio, telewizja,  Internet | ☐  indywidualne zaproszenie od realizatora programu:   * list, ☐ telefon, ☐ sms | ☐  inne |

Część B. Wywiad kliniczny

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parametry antropometryczne:** | | Masa ciała kg | | | | | Wzrost cm | | BMI |
| **1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy?\*\*** | | | | | | | | | |
| **krew w kale/anemia:** | | * nie | | * tak | | | | | |
| **niezamierzone**  **chudnięcie:** | | * nie | | * tak | | | | | |
| **Zmiana rytmu**  **wypróżnień:** | | * nie | | * tak | | | | | |
| **2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?** | | | | | | | | * tak ☐ nie | |
| ostatnie badanie przeprowadzono w roku: **,** ew. miejsce (ośrodek): | | | | | | | | | |
| **wynik** **ostatniego badania:** | ☐  prawidłowy | ☐  polipy (zmiany łagodne) | | | | ☐  rak | | ☐  inny, jaki | |
| **3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na** **raka jelita grubego?** | | | | | | | | | |
| ☐  nie | | | ☐  nie wiem | | | ☐  tak | | | |
| ***Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:*** | | | | | | | | | |
| **Ojciec, wiek w chwili rozpoznania** **nowotworu:** | | | | | * poniżej 60 r. życia | | | | * powyżej 60 r. życia |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:** | | | | | * poniżej 60 r. życia | | | | * powyżej 60 r. życia | |
| **Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:** | | | | | * poniżej 60 r. życia | | | | * powyżej 60 r. życia | |
| **Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:** | | | | | * poniżej 60 r. życia | | | | * powyżej 60 r. życia | |
| **Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:** | | | | | * poniżej 60 r. życia | | | |  | |
| **4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwkrzepliwe) krew?** | | | | | | | | | | |
| ☐  nie | ☐  tak | *Jeśli* ***tak*** *należy wskazać jakie:*   * **acetylosalicylany** *(np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)* * **leki przeciwkrzepliwe** *(np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)* * **leki przeciwpłytkowe** *(np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)* * **NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji** *(np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)* | | | | | | | | |
| **5. Czy pali Pan/Pani papierosy?** | | | | | | | | | | |
| * Tak | | | | | Ile lat: | | | Ile papierosów dziennie: | | |
| * Nie, ale paliłem/am w przeszłości | | | | | Rzuciłem/am: lat temu | | | Paliłem/am: papierosów dziennie | | |
| * Nie, ale jestem biernym palaczem | | | | |  | | |  | | |
| * Nie, nigdy nie paliłem/am | | | | |  | | |  | | |
| **6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem**  **anestezjologa?** | | | | | | | | | | * tak ☐ nie |
| jeżeli TAK, podaj powód: | | | * Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej: | | | | | | | |
|  | * Ginekologiczne: | | | | | | rok |
| * Cesarskie cięcie: | | | | | | rok |
| * Usunięcie pęcherzyka żółciowego: | | | | | | rok |
| * Usunięcie wyrostka robaczkowego: | | | | | | rok |
| * Usunięcie przepukliny: | | | | | | rok |
| * Usuniecie prostaty: | | | | | | rok |
| * Inne: | | | | | | jakie: |
| * Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości | | | | | | | |
| * Duży lęk przed wykonaniem badania | | | | | | | |
| **7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?** | | | | | | | | | | |
| **Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:** | | | | | | * nie | * tak, jakie: | | | |
| **Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:** | | | | | | * nie | * tak, jakie: | | | |
| **Cukrzyca:** | | | | | | * nie | * tak – od lat | | | |
| **Niewydolność nerek:** | | | | | | * nie | * tak | | | |
| **Padaczka:** | | | | | | * nie | * tak | | | |
| **Inne istotne choroby współistniejące:** | | | | | |  | | | | |

Część C. Oświadczenia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenia** | | | |
| Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat. | | * tak | * nie |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz  otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita | | * tak | * 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. | | * tak | * nie |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań  przesiewowych raka jelita grubego”. | | * tak | * nie |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie. | | * tak | * nie |
|  |  | | |
| Miejscowość i data | Podpis świadczeniobiorcy | | |

Część D. Decyzja o kwalifikacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kwalifikacja do badania:\*\* | * tak | * nie |
|  |  | |
| Miejscowość i data | Podpis lekarza kwalifikującego do badania | |

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

# 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.

# 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 odbyt 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. Wzór zgody

# -Wzór-

**zgody 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