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 \_\_\_\_\_ |
| ☐ Usunięcie 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.

1. **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.

2. **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