Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

ANKIETA

Imię, 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 Programu Badań Przesiewowych (PBP). Rozumiem, że niniejsza Ankieta będzie przesłana do Ośrodka wykonującego kolonoskopie w ramach Programu. Ośrodek ten skontaktuje się ze mną telefonicznie lub listownie i zaproponuje termin badania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data ..... **Podpis** .....

Czy występują u Pana(i) 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) wykonaną pełną 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(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 palił(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):
  - 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**
(pieczątka + podpis lekarza kierującego)

.....