

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020

ANKIETA (w programie oportunistycznym)

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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/em się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data Podpis

O projekcie i możliwości wykonania badania – kolonoskopii w ramach Projektu współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 dowiedziałem się od

..... **pole obowiązkowe do wypełnienia

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.....

Poprawa dostępności do badań diagnostycznych dla mieszkańców województwa opolskiego w kierunku wykrycia nowotworów jelita grubego w celu podtrzymania ich aktywności zawodowej

- **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekłe**

(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna)

TAK

NIE

NIE WIEM

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid,

TAK

NIE

NIE WIEM

Omar, Gasec, Ortanol):

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**

(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

.....

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA (w programie oportunistycznym)

dotycząca możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych mających wykryć ewentualne polipy lub nowotwory jelita grubego u osób bez objawów chorobowych

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbytnicę. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:

EMC Instytut Medyczny S.A. Szpital św. Rocha w Ozimku ul. Częstochowska 31 46-040 Ozimek

Kolonoskopia **jest bezpłatna** zarówno dla osób poddających się badaniu jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- **wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- **osoby w wieku 40-49 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- **osoby w wieku 25–49 lat** pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP co 2-3 lata . W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat !

Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz **podpisana przez lekarza kierującego**. Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

Szpital św. Rocha w Ozimku

Ul. Częstochowska 31

46-040 Ozimek

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach: całodobowo

Numer telefonu: 77 42 73 400

Poprawa dostępności do badań diagnostycznych dla mieszkańców województwa opolskiego w kierunku wykrycia nowotworów jelita grubego w celu podtrzymania ich aktywności zawodowej