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.

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