

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego
Edycja 2014

ANKIETA

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 odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:

Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.
63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a
Budynek C, Pracownia Endoskopowa (przyziemie)

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. 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 40-65 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 25–65 lat** pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. 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:

Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie Sp. z o.o.
63-300 Pleszew, ul. Poznańska 125a
Administracja, biuro 058a (przyziemie)

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić pod numer telefonu 62 7420 714
w poniedziałki w godzinach 7:30-11:30
w czwartki w godzinach 10:30-14:30

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

Data Podpis

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

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:**

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

TAK NIE

• **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:**

Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie.....od ilu lat nie pali.....

TAK NIE

• **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**
(pieczętka + podpis lekarza kierującego)