

ANKIETA

DANE DEMOGRAFICZNE:

nazwisko.....

imię....., płeć....., data urodzenia.....

Adres: miasto..... kod.....

ulica..... nr domu..... nr mieszkania.....

telefon domowy..... w pracy.....

Nr PESEL.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach profilaktycznego Programu Badań Przesiewowych. 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 jednocześnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu Badań Przesiewowych.

Podpis..... Data.....

Czy występują u Pani(a) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy, zawsze zaznacz NIE) – TAK NIE

- istotna zmiana rytmu wypróżnień (bez wyraźnego powodu pojawiła się biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach) – TAK NIE

- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana – TAK NIE

Uwaga: do badań przesiewowych kwalifikują się tylko te 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:

Nr	Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. żołądek lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek kolonoskopię TAK (kiedy, rok.....) NIE

Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek istotne choroby (np. serca, płuc, krzepnięcia krwi) TAK NIE

(jeśli TAK, proszę wymienić).....

UWAGI.....

Niniejszym podpisem stwierdzam, że u danej osoby podejrzewam raka jelita grubego. Wyrażam także zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu Badań Przesiewowych.

dane i podpis lekarza kierującego + pieczęćka

