

# Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

## ANKIETA

Imię, nazwisko.....pleć.....data urodz.....

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 otrzymałam/em nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałam/em 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 ? .....TAK      NIE

Jeśli tak, od ilu 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**  
( pieczętka + podpis lekarza kierującego)

## **Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego**

### **Edycja 2012**

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:

**PRACOWNI ENDOSKOPII GASTROENTEROLOGICZNEJ  
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu  
ul. Królewiecka 146  
82-300 ELBLĄG**

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 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:

**PRACOWNIA ENDOSKOPII GASTROENTEROLOGICZNEJ  
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu  
ul. Królewiecka 146  
82-300 ELBLĄG**

**W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godz. 8.00 – 14.30  
na nr tel. 55 / 239 - 56 – 11**