



PROGRAM BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH DLA WCZESNEGO WYKRYWANIA NOWOTWORU JELITA GRUBEGO

Program badań profilaktycznych realizowany w ramach Mechanizmu Finansowego EOG w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, pn. „Poprawa zdrowotna społeczności lokalnej w zakresie schorzeń nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki raka jelita grubego i raka sutka w oparciu o Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu”

(Wybrane odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem)

ANKIETA

1. Czy wykonywano Panu/Pani badanie kolonoskopowe (endoskopia jelita grubego)?

☐ NIE ☐ TAK

Kiedy? _____

Czy badano całe jelito? _____

Czy znaleziono polipy lub nowotwór? _____

2. Czy w Pana/Pani rodzinie występowały nowotwory?

☐ NIE ☐ TAK

Jakie? _____

Stopień pokrewieństwa z osobą chorą (rodzice, rodzeństwo, dziadkowie)? _____

W jakim wieku osoba ta zachorowała? _____

3. Czy ostatnio zdarza się Panu/Pani, że w stolcu pojawia się krew?

☐ NIE ☐ TAK, rzadko ☐ TAK, często

4. Czy ostatnio występują u Pana/Pani:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Biegunki | ☐ NIE | ☐ TAK |
| b) Zaparcia | ☐ NIE | ☐ TAK |
| c) Nieregularne wypróżnienia | ☐ NIE | ☐ TAK |
| d) Na zmianę zaparcia i biegunki | ☐ NIE | ☐ TAK |

5. Czy ma Pan/Pani inne dolegliwości układu pokarmowego?

☐ NIE ☐ TAK, bóle brzucha ☐ TAK, wymioty ☐ TAK, inne _____

6. Czy w ostatnim czasie zaobserwował/a Pan/Pani?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) Utratę masy ciała | ☐ NIE | ☐ TAK |
| b) Niedokrwistość (anemię)? | ☐ NIE | ☐ TAK |
| c) Niski poziom żelaza? | ☐ NIE | ☐ TAK |
| d) Zmianę rytmu wypróżnień? | ☐ NIE | ☐ TAK |
- ☐ Od kiedy? _____

7. Czy pali Pan/Pani papierosy?

☐ NIE ☐ TAK, okazynie ☐ TAK, często ☐ TAK, bardzo często

8. Czy przyjmuje Pan/Pani aspirynę w dawkach kardiologicznych (systematycznie)?

☐ NIE ☐ TAK, od kilku m-cy ☐ TAK, od kilku lat ☐ TAK, dłużej niż kilka lat

9. Czy stosuje Pan/Pani leki przeciwrheumatyczne/przeciwzapalne?

☐ NIE ☐ TAK, rzadko ☐ TAK, często ☐ TAK, prawie stale od roku ☐ TAK, stale od roku ☐ TAK, stale od kilku lub kilkunastu lat

10. Dane (umożliwiające kontakt w razie konieczności):

☐ Pan ☐ Pani

Imię _____ Nazwisko _____

Wzrost _____ Waga _____

Ulica _____ Nr. domu _____ Nr. lokalu _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

PESEL _____ Numer telefonu _____

W jakich godzinach można się z Panem/Panią skontaktować? _____

Nazwa i adres poradni lekarza rodzinnego _____

Imię i nazwisko lekarza rodzinnego _____

Wypełnioną ankietę wraz z materiałem do badania prosimy dostarczyć do swojego Lekarza Rodzinnego lub do Laboratorium Analitycznego WSzZ

"Zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji projektu pn. „Poprawa zdrowotna społeczności lokalnej w zakresie schorzeń nowotworowych ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki raka jelita grubego i raka sutka w oparciu o Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu”