

Program badań przesiewowych dla wczesnej diagnostyki 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 (PBP).
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

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

Data Podpis

1. 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 przewlekła biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana | TAK | NIE |

2. Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat **TAK** **NIE****Uwaga:** do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie pytania pkt 1 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.....

- Czy pali Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**
Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

- Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:** **TAK** **NIE**
Jeśli TAK, ile 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:

.....