

# ANKIETA

Dla osób objętych programem profilaktycznym wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021

Nazwisko :	Imię :
PESEL :	wiek w latach :
kod pocztowy/miejscowość:	miejscowość zamieszkania:
ulica/nr :	gmina:
telefon kontaktowy:	

Właściwą odpowiedź otocz kółkiem:

1. Czy w Pani/Pana rodzinie występowały choroby nowotworowe ? TAK /NIE
2. **Czy w Pani/Pana rodzinie występował rak jelita grubego u przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia ? TAK / NIE**

**UWAGA ! wszystkie odpowiedzi w pyt. 3-8 powinny być: NIE. Odpowiedź TAK dyskwalifikuje z udziału w Programie.**

3. **Czy ma Pani/Pan nieokreślone bóle brzucha ? TAK /NIE**
4. **Czy ma Pani/Pan tendencje do biegunki ? TAK /NIE**
5. **Czy ma Pani/Pan tendencje do zaparcia ? TAK /NIE**
6. **Czy zdarza się Pani/Panu zaobserwować krew w stolcu ? TAK / NIE**
7. **Czy ma Pani/Pan uczucie stałego parcia na stolec ? TAK/ NIE**
8. **Czy występuje u Pani/ Pana utrata wagi bez przyczyny ? TAK/ NIE**

9. Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi ? TAK / NIE
10. Czy przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne ? TAK / NIE

Proszę wypełnić poniżej: ginekologiczne, cięcie cesarskie, usunięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, prostaty, przepukliny ) jakie + rok :

.....

11. Czy choruje Pani/Pan na wymienione poniżej choroby ?

Choroby serca ograniczające codzienną aktywność TAK / NIE jakie : .....

Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność TAK / NIE jakie : .....

Cukrzyca TAK / NIE od .....lat , aktualne leczenie : dieta, leki doustne, insulina

Niewydolność nerek TAK/ NIE

Padaczka TAK / NIE

Inne choroby : .....

12. Czy pali Pani/Pan papierosy ?

**NIE** , nigdy nie paliłam/em  
nie palę od : ..... Lat

**NIE** , ale paliłam/em w przeszłości przez..... lat, ..... sztuk dziennie ,  
**TAK**, ile sztuk dziennie ..... , od ilu lat .....

**13. Czy miał/a Pan/Pani wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat ? TAK / NIE**

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

Miejscowość , dnia .....

.....

podpis pacjenta

#### KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PROGRAMU

Bezpłatnymi badaniami, finansowymi ze środków pochodzących z budżetu powiatu częstochowskiego, objętych zostanie około **300 osób zamieszkałych na terenie powiatu częstochowskiego**, którzy spełniają następujące kryteria:

- **osoby w wieku 50-65 lat** bez objawów raka jelita grubego, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- **osoby w wieku 40-49 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 25-49 lat** u których występuje **Zespół Lyncha**, czyli **dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością**, (w tym przypadku potrzebne jest potwierdzenie z Poradni Genetycznej dla osób, które dotychczas nie leczyły się z powodu nowotworów jelita grubego).

**Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat !**

**Centrum Medyczne INTER-MED**

Częstochowa, ul. 1 Maja 27

Telefon : 787 653 980



Program realizowany jest ze środków powiatu częstochowskiego w ramach „Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania raka jelita grubego dla mieszkańców powiatu częstochowskiego na lata 2020-2021”