

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Imię, Nazwiskopłeć: data urodz:

wzrost (cm): waga (kg):

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

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.....

- **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:

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**
(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

.....