

Zapraszamy Państwa do wzięcia udziału w Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia i realizowanym m.in. w ośrodku NZOZ Endoterapia

Zasady 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 odbył. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy:

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 skierowanie (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:

**NZOZ ENDOTERAPIA
FILIA NR 2
UL. KOPERNIKA 38,
90-552 ŁÓDŹ**

Telefon:

(042) 253 17 00



Recepcja placówki czynna jest w godzinach: **8.00 – 18.00**

ANKIETA PROGRAMU BADAŃ PRZESIEWOWYCH – EDYCJA 2009

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). Rozumiem, że niniejsza Ankieta będzie przesłana do Ośrodka wykonującego kolonoskopie w ramach Programu. Ośrodek ten skontaktuje się ze mną telefonicznie lub listownie i zaproponuje termin badania. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

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.....
 - **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** **TAK NIE NIE WIEM**
 (co najmniej przez 3 miesiące): **TAK NIE NIE WIEM**
 - 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:**

| |
|--|
| <p>Stwierdzam, że u danej osoby nie podejrzewam raka jelita grubego</p> <p style="text-align: right;">..... pieczętka + podpis lekarza kierującego</p> |
|--|