

ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

Część A. Dane pacjenta

Nr identyfikacyjny badania: _____		Data badania: dd/mm/rrrr		
PESEL:		Adres zamieszkania:		
Nazwisko:		ul.		
Imię:		Kod pocztowy:		
Wiek:		Miejscowość:		
Nr telefonu*:		Adres e-mail*:		
Informację o badaniu uzyskałem/am z:				
<input type="checkbox"/> przychodnia POZ: <input type="checkbox"/> lekarz POZ, <input type="checkbox"/> koordynator opieki POZ, <input type="checkbox"/> położna/pielęgniarka POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> Indywidualne zaproszenie od realizatora programu: <input type="checkbox"/> list <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> sms	<input type="checkbox"/> Inne

*dane opcjonalne

Część B. Wywiad kliniczny

Parametry antropometryczne:		Masa ciała _____ kg	Wzrost _____ cm	BMI _____
1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy				
krew w kale/anemia:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak		
niezamierzone chudnięcie:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak		
Zmiana rytmu wypróżnień:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak		
2. Czy miał/a Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?				<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____				
wynik ostatniego badania:	<input type="checkbox"/> prawidłowy	<input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne)	<input type="checkbox"/> rak	<input type="checkbox"/> inny, jaki _____

3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (krewni I stopnia, tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie wiem	<input type="checkbox"/> tak
---------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------

Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:

Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia
Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:	<input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia	<input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia

4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak	<p><i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i></p> <p><input type="checkbox"/> acetylosalicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)</p> <p><input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)</p> <p><input type="checkbox"/> leki przeciw płytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)</p> <p><input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban)</p>
---------------------------------	---------------------------------	--

5. Czy pali Pan/Pani papierosy ?

<input type="checkbox"/> Tak	Ile lat: _____	Ile papierosów dziennie:
<input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości	Rzuciłem/am: _____ lat temu	Paliłem/am: _____ papierosów dziennie
<input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem		
<input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am		

6. Czy pacjent kwalifikuje się do znieczulenia ogólnego (sedacji) z udziałem anestezjologa?

tak nie

jeżeli TAK , podaj powód	<input type="checkbox"/> Przebyte rozległe operacje w obrębie jamy brzusznej:	
	<input type="checkbox"/> Ginekologiczne:	rok: _____
	<input type="checkbox"/> Cesarskie cięcie:	rok: _____
	<input type="checkbox"/> Usunięcie pęcherzyka żółciowego:	rok: _____
	<input type="checkbox"/> Usunięcie wyrostka robaczkowego:	rok: _____
<input type="checkbox"/> Usunięcie przepukliny:	rok: _____	
<input type="checkbox"/> Usunięcie prostaty:	rok: _____	
<input type="checkbox"/> Inne:	jakie: _____	
<input type="checkbox"/> Niepełne lub bolesne badania endoskopowe w przeszłości		
<input type="checkbox"/> Duży lęk przed wykonaniem badania		

7. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby:

choroby serca ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak, jakie: _____
cukrzyca:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak - od _____ lat
niewydolność nerek:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
padaczka:	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
inne istotne choroby współistniejące:	_____	

Część C. Oświadczenia

Oświadczenia		
Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w "Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego", o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego”.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Do wypełnienia w dniu badania: Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
_____	_____	
Miejscowość i data	Podpis świadczeniobiorcy	

Część D. Decyzja o kwalifikacji

Kwalifikacja do badania:**	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
_____	_____	
Miejscowość i data	Podpis lekarza kwalifikującego do badania	

** jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK, kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa.

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

1. Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

- 1) 50–65 lat;
- 2) 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

2. Kryteria wyłączenia

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbytnicę do oczyszczonego jelita grubego. Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu. Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobre przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie może być wykonane w ośrodku realizującym Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP)

Informujemy, że administratorem Państwa danych osobowych jest Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy,

02-781 Warszawa, ul. W.K. Roentgena 5. („Administrator”).

Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:

adres korespondencyjny: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

nr telefonu: 22 546-28-89

adres poczty elektronicznej: iod@pib-nio.pl

Źródło pochodzenia danych osobowych:

Państwa dane osobowe zostały wylosowane z Rejestru PESEL Ministerstwa Cyfryzacji zgodnie z ustawą z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności i dowodach osobistych (Dz. U. poz. 722, z późn. zm.). Pozostałe dane, w tym medyczne, są przekazywane do Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego im. Marii Skłodowskiej-Curie przez podmioty biorące udział w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

Dane osobowe będą przetwarzane przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie w celu realizacji Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP), w szczególności:

- 1) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) i lit. j) RODO***
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i lit. e) RODO***

Podstawowym celem i zadaniem PBP jest wykonywanie badań profilaktycznych raka jelita grubego, zgodnie ze światowymi wytycznymi medycznymi, dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór w populacji polskiej.

Rodzajami danych osobowych przetwarzanych w PBP są:

Dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, PESEL) i kontaktowe (adres, telefon, e-mail) oraz dane medyczne uzyskane z wypełnionych ankiet i wyniki wykonanych badań (w tym kolonoskopii i histopatologii), a także dane pozyskane w trakcie obserwacji i nadzoru.

Czas przechowywania danych osobowych:

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane wynika z celu, czyli z prowadzenia PBP, którego jednym z zadań jest długotrwała, wieloletnia obserwacja zbadanych osób i analiza efektów epidemiologicznych (nie krócej niż 20 lat).

Prawa osoby, której dotyczą dane osobowe, o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony zdrowia, obejmują:

prawo dostępu do treści swoich danych osobowych; prawo do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne; prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych; prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Prawa wymienione powyżej można zrealizować m.in. poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany na wstępie) lub poprzez kontakt z Administratorem, z dopiskiem: „Ochrona danych osobowych w PBP”.

***Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).