



# PROGRAM PILOTAŻOWY Wczesnego wykrywania chorób nowotworowych jelita grubego

## - ANKIETA KWALIFIKACYJNA -

\* Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej zapewnia zachowanie anonimowości uczestników programu oraz ochronę ich danych osobowych, które będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby programu.

### WYPEŁNIA PACJENT

Imię i nazwisko .....	pleć: .....			
data urodzenia .....	wiek .....	PESEL .....	wzrost (cm) .....	waga (kg) .....
Adres .....				
(kod pocztowy, miasto ulica, nr domu, nr mieszkania)				
Numer telefonu .....				
W celu kwalifikacji do Programu pilotażowego proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:				
1. Czy znajduje się Pani/Pan w przedziale wiekowym pomiędzy 40 a 60 rokiem życia?	TAK	NIE		
2. Czy jest Pani/Pan mieszkańcem miasta Dąbrowa Górnicza?	TAK	NIE		
3. Czy miała Pani/Pan wykonywaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat?	TAK	NIE		
4. Czy diagnozowano u Pani/Pana chorobę nowotworową jelita grubego?	TAK	NIE		
Jeśli na pierwsze dwa pytania odpowiedzieli Państwo TAK, a na dwa ostatnie pytania NIE, to <b>ZAKWALIFIKOWALIŚCIE SIĘ</b> Państwo do Programu.				
W celu przystąpienia do Programu proszę dostarczyć wraz z niniejszą ankietą próbkę kału na badanie na krew utajoną do Laboratorium Medycznego „DIAGNOSTYKA” Dąbrowa Górnicza ul. Szpitalna 13 (budynek szpitala, wejście od ul. Dąbrowskiego) najpóźniej do dnia <b>30.11.2015r.</b>				
W przypadku pozytywnego wyniku badania na krew utajoną zostaną Państwo poinformowani o konieczności wykonania pogłębionej diagnostyki obejmującej: bezpłatną konsultację lekarską, kolonoskopię diagnostyczną.				
Data .....				
Podpis pacjenta .....				

### WYPEŁNIA PIEŁĘGNIARKA PRACOWNI ENDOSKOPII

Data odbioru wyniku .....		
Wynik badania na krew utajoną <b>POZYTYWNY*</b> / <b>NEGATYWNY*</b>		
* zaznaczyć właściwy wynik	.....	
	(pieczętka i podpis pielęgniarki)	
Pacjent został poinformowany o wyniku badania na krew utajoną dn. ....		
Ustalono termin konsultacji lekarskiej	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Konsultacja odbędzie się dnia .....		
Ustalono termin kolonoskopii	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Badanie umówiono na dzień .....		
	.....	
	(pieczętka i podpis pielęgniarki)	

## WYPEŁNIA LEKARZ PROKTOLOG

Wywiad / badanie przedmiotowe / per rectum:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wydano informację o sposobie przygotowania się do kolonoskopii oraz wzór świadomej zgody na kolonoskopię diagnostyczną

**TAK**    **NIE**

Data, podpis i pieczęć lekarza

**Podpis pacjenta** .....

## WYPEŁNIA PRACOWNIA ENDOSKOPII

Czy pacjent wyraził zgodę na wykonanie badania?

**TAK** (załączyć)

**NIE**

Opis badania / załączony wynik badania

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Czy pobrano wycinki do badania histopatologicznego?

**TAK** (załączyć wynik badania)    **NIE**

Wynik badania kolonoskopowego: **POZYTYWNY** / **NEGATYWNY**

Data, podpis i pieczęć lekarza

Zostałam/-em poinformowany o konieczności odebrania wyniku badania oraz o postępowaniu względem dalszego leczenia.

.....  
(podpis pacjenta)