

## 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*:		
<b>Informację o badaniu uzyskałem/am z:</b>				
<input type="checkbox"/> przychodnia POZ	<input type="checkbox"/> lekarz specjalista	<input type="checkbox"/> prasa, radio, telewizja, Internet	<input type="checkbox"/> Indywidualne zaproszenie od realizatora programu (list, telefon, sms)	<input type="checkbox"/> Inne

\*dane opcjonalne

### Część B. Wywiad kliniczny

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

nie

nie wiem

tak

*Jeśli tak należy wskazać wiek w chwili rozpoznania (w przypadku więcej niż 1 osoba, można wskazać 2 odpowiedzi, jeśli mają one zastosowanie):*

wiek w chwili rozpoznania nowotworu:  
w latach?

poniżej 60 r. życia

powyżej 60 r. życia

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

nie

tak

*Jeśli **tak** należy wskazać jakie*

Jakie: \_\_\_\_\_

**5. Czy pali Pan/Pani papierosy ?**

tak, ile sztuk dziennie ....., od ilu lat.....

nie, ale paliłem/am w przeszłości przez ..... lat, ..... sztuk dziennie. Nie pale od ..... lat.

nie, ale jestem biernym palaczem.

nie, nigdy nie paliłem/am.

**6. Czy przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne?**

nie

tak

Ginekologiczne, rok: \_\_\_\_\_

Cesarskie cięcie, rok: \_\_\_\_\_

Usunięcie pęcherzyka żółciowego, rok: \_\_\_\_\_

Usunięcie wyrostka robaczkowego, rok: \_\_\_\_\_

Usunięcie przepukliny, rok: \_\_\_\_\_

Inne (jakie?), rok: \_\_\_\_\_

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

choroby serca ograniczające codzienną aktywność:

 nie

 tak

choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:

 nie

 tak

cukrzyca:

 nie

 tak

niewydolność nerek:

 nie

 tak

padaczka:

 nie

 tak

inne istotne choroby współistniejące (jakie?): \_\_\_\_\_

### 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
Oświadczam, iż podlegam ubezpieczeniu zdrowotnemu.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
<b>Do wypełnienia w dniu badania:</b> 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 odbył 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).