



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 | | płeć: | |
| 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 ZAKWALIFIKOWALIŚCIE SIĘ 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 12.12.2014r. 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 POZYTYWNY* / NEGATYWNY* | |
| * zaznaczyć właściwy wynik | |
| (pieczętka i podpis pielęgniarki) | |
| Pacjent został poinformowany o wyniku badania na krew utajoną dn. | |
| Ustalono termin konsultacji lekarskiej | TAK NIE |
| Konsultacja odbędzie się dnia | |
| Ustalono termin kolonoskopii | TAK NIE |
| 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)