



Zaproszenie do udziału w programie pilotażowym wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej zaprasza mieszkańców naszego miasta w grupie wiekowej od 40 do 60 lat do wzięcia udziału w bezpłatnych badaniach w ramach programu wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Z zaproszenia mogą skorzystać osoby mieszkające na terenie Dąbrowy Górniczej, które w ciągu ostatnich 10 lat nie miały wykonywanej kolonoskopii.

W ramach programu profilaktycznego będą wykonywane bezpłatne badania: kału na krew utajoną oraz w ramach pogłębionej diagnostyki konsultację lekarską oraz kolonoskopię diagnostyczną.

W uzasadnionych przypadkach gwarantujemy dalszą opiekę medyczną w ramach struktur Szpitala.

W celu przystąpienia do Programu proszę dostarczyć ankietę kwalifikacyjną wraz z próbką kału na bezpłatne badanie na krew utajoną do Laboratorium Medycznego „DIAGNOSTYKA” Dąbrowa Górnicza ul. Szpitalna 13 (budynek szpitala, wejście od ul. Dąbrowskiego) najpóźniej do dnia **30.11.2015r.**

Ankiety kwalifikacyjne dostępne są również w wersji elektronicznej na stronie internetowej Szpitala www.szpital-dg.pl w dziale Aktualności.



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 30.11.2015r.

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

.....
(pieczęć 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

.....
(pieczęć 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)