

Ankieta kwalifikacyjna do Programu Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego (program realizowany jest do 31 lipca 2010 r.)

Od 2001 r. mieszkańcy Powiatu Legionowskiego mają możliwość korzystać z Samorządowego Programu Promocji Zdrowia z zakresu Profilaktyki Chorób Nowotworowych.

Począwszy od 15 maja 2002 r. wdrażany jest pilotażowo Program Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. Rak jelita grubego zajmuje II miejsce pod względem zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce i stanowi ok. 10% wszystkich nowotworów złośliwych.

Celem Programu jest:

- zwiększenie wykrywalności raków jelita grubego we wczesnych stadiach zaawansowania.
- zwiększenie wykrywalności stanów przedrakowych;

Poniżej przedstawiono w formie tabelarycznej **czynniki zwiększonego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego**:

Jeśli jesteś w wieku **50-74 lata** proszę wypełnić poniższą tabelę:

Lp.	Czynniki ryzyka	Wypełniając ankietę wstaw x w odpowiednią rubrykę	
		tak	nie
1.	Trzech lub więcej Twoich krewnych miało raka jelita grubego potwierdzonego badaniem histopatologicznym (pokrewieństwo I i II stopnia)		
2.	Krewni mieli stwierdzoną którąś z wymienionych chorób jelit: - polipowatość rodzinną – charakteryzująca się występowaniem (najczęściej w młodym wieku) licznych polipów w jelicie grubym - choroba Crohna		
3.	Cierpisz na przewlekłe, wrzodziejące zapalenie jelita grubego od powyżej 5 lat.		
4.	Stwierdzono u ciebie uprzednio polipy okrężnicy lub odbytnicy		
5.	Przebyłeś/aś leczenie z powodu raka narządu rodniego, gruczołu krokowego, raka piersi.		
6.	Cierpisz na: - chroniczne zaparcia lub biegunki (ewentualnie naprzemiennie) - skurczowo – nawrotowe bóle brzucha		
7.	Obserwujesz okresowe krwawienie z odbytu lub podbarwiony krwią stolec.		
8.	Zauważyłeś zmniejszenie średnicy wydalonego kału do średnicy np. ołówka		

Jeśli żaden z wymienionych czynników ryzyka **nie dotyczy** Twojej osoby prosimy o wypełnienie niżej wymienionego oświadczenia.

..... (imię i nazwisko) (adres)

..... (telefon) PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów monitorowania Programu i rozliczeń z podmiotem koordynującym realizację Programu.

.....
podpis

W przypadku stwierdzenia, że choć jeden z wymienionych czynników ryzyka dotyczy Twojej osoby **proponujemy Ci przystąpienie do Programu Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego - Prosimy o wypełnienie II części Ankiety**

**Część II Ankiety kwalifikacyjnej
do Programu Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego**

Schemat postępowania medycznego w ramach Programu jest następujący:

1. Do Programu typowane są osoby z grupy zwiększonego ryzyka.
2. U osób zakwalifikowanych do Programu bezpłatnie są wykonywane:
 - test na oznaczenie krwi utajonej w kale;
 - konsultacja lekarska połączona z badaniem palcem przez odbytnicę i interpretacją wyników.
 - kolonoskopia z ewentualnym badaniem mikroskopowym tkanki pobranej z podejrzanych zmian w jelicie (wykonywana w przypadku dodatniego wyniku testu lub podejrzenia nowotworu w badaniu klinicznym)
3. Pacjenci u których w badaniu przez odbyt lub w badaniu kolonoskopowym lekarz wykryje zmiany patologiczne zostaną skierowani do leczenia w poradni gastrologicznej lub onkologicznej w zależności od wyniku badania histopatologicznego pobranego podczas kolonoskopii.
4. Test na oznaczenie krwi utajonej w kale oraz badanie lekarza specjalisty nie pozwalają u osób z grupy zwiększonego ryzyka na pełne wykluczenie wczesnych zmian bezobjawowych raka jelita grubego, w związku z powyższym wszystkie osoby biorące udział w Programie u których nie było wskazań do natychmiastowego wykonania kolonoskopii w ramach Programu powinny wykonać kolonoskopię planową w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Skierowanie na kolonoskopię planową można uzyskać od lekarza gastrologa realizującego Etap II badań profilaktycznych (lista podmiotów wykonujących kolonoskopię w ramach NFZ jest dostępna w rejestracji)

Oświadczenie

(imię i nazwisko)	(adres)										
(telefon)	PESEL <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów monitorowania Programu i rozliczeń z podmiotem koordynującym realizację Programu.

.....
podpis

Po zapoznaniu się z założeniami Programu oświadczam, że miałem/am możliwość zadawania pytań na które otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi. Założenia Programu są dla mnie zrozumiałe w związku z czym wyrażam zgodę na objęcie mnie Programem Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów monitorowania Programu i rozliczenia z podmiotem koordynującym realizację Programu.

.....
podpis

Wypełnioną ankietę należy przekazać (osobiście lub listownie) do placówki realizującej te świadczenie na terenie Państwa gminy. W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi TAK prosimy o osobisty kontakt z tą placówką w celu uzgodnienia dalszego postępowania medycznego.