



Załącznik nr 9 – Ankieta dla uczestników projektu w ramach Poddziałania 8.6.2.

Dane osobowe

IMIONA:

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

NAZWISKO:

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

DATA URODZENIA

--	--

--	--

--	--	--	--

PESEL:

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

SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO:

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

Uwaga – grupa docelowa to „osoby pracujące narażone na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy oraz osoby pozostające bez pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia”, które są osobami w wieku aktywności zawodowej, będącymi w grupie podwyższonego ryzyka, które zostaną objęte badaniami skринingowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrywania choroby.

1. Czy jest Pani/Pan osobą pracującą?
 - Tak – jeśli tak, proszę przejść do pytania nr 2
 - Nie – jeśli nie, proszę przejść do pytania nr 3
2. Czy w związku z pracą ma Pani/Pan:
 - a) utrudniony dostęp do regularnie spożywanych posiłków?
 - Tak
 - Nie
 - b) ograniczone możliwości ruchowe tj. praca w wymuszonej pozycji przez dłuższy czas (np. praca siedząca)?
 - Tak
 - Nie
3. Czy jest Pani/Pan osobą pozostającą bez pracy?
 - Tak – proszę przejść do pytania nr 4
 - Nie – proszę przejść do pytania nr 5
4. Czy pozostaje Pani/Pan bez pracy ze względu na przyczyny dotyczące stanu zdrowia?
 - Tak
 - Nie
5. Ile lat ma Pani/Pan?
 - Poniżej 50
 - 50 – 55
 - 56 – 64
 - Ponad 64

WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL JEDNOSTKI:

Uczestnik projektu został zakwalifikowany do projektu:

- TAK** (należy wypełnić pozostałą część ankiety)
- NIE** (koniec ankiety, z możliwością przeprowadzenia ankiety żywieniowej)

Osoba została zakwalifikowana do projektu, gdyż jest osobą w wieku aktywności zawodowej, będącą w grupie podwyższonego ryzyka, która zostanie objęta badaniami skryningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrywania choroby, jednocześnie (proszę zaznaczyć właściwą opcję):

- osobą pracującą narażoną na wystąpienie czynników negatywnie wpływających na stan zdrowia w miejscu pracy;
- osobą pozostającą bez pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia.

Osoba spełnia ww. warunki w związku z tym została zakwalifikowana do udziału w projekcie (proszę zaznaczyć właściwą opcję, tzn. rodzaj systemu, a przypadku systemu bez zaproszeń dodatkowo przedział wiekowy obejmujący dodatkowe warunki):

W ramach systemu bez zaproszeń (tryb oportunistyczny): są to osoby bez objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:

- w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- w wieku 25-49 lat, z rodzin, w których wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny HNPCC w poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. Kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego.

W ramach systemu z zaproszeniami: są to osoby w wieku 55-64 lat, niezależnie od występowania lub braku objawów klinicznych sugerujących raka jelita grubego.



Ankieta żywieniowa:

1. Czy jesz czerwone mięso (wołowinę, wieprzowinę, baraninę) albo wędliny takie jak bekon, szynka, kiełbasy, parówki lub salami nie częściej niż raz w tygodniu?
 Tak
 Nie
2. Czy jesz dziennie dwa lub więcej dań bogatych w tłuszcz i bogatych w wapń (mleko, jogurt lub ser) lub przyjmujesz przynajmniej 1 do 1,2 grama wapnia dziennie jako preparat uzupełniający ?
 Tak
 Nie
3. Czy zażywasz tabletki multiwitaminowe z dodatkiem soli mineralnych przez większość dni w tygodniu?
 Tak
 Nie
4. Czy wypijasz mniej niż jedną porcję napoju alkoholowego dziennie?
 Tak
 Nie
5. Czy jesz 2 do 4 porcji owoców każdego dnia?
 Tak
 Nie
6. Czy ogólnie biorąc ograniczasz spożycie wysokokalorycznych bogatych w cukier produktów takich jak torty, ciasta, czekolady, lody?
 Tak
 Nie
7. Czy w ciągu dnia jesz regularnie potrawy przyrządzone z razowej mąki?
 Tak
 Nie
8. Czy jesz 3 - 5 porcji warzyw dziennie?
 Tak
 Nie
9. Czy przygotowując potrawy, używasz tłuszczu takich jak oliwa z oliwek, olej z rzepaku typu canola lub margaryna pozbawiona tłuszczów trans?
 Tak
 Nie
10. Czy pijesz 8 do 10 kubków napojów nie zawierających kofeiny dziennie ?
 Tak
 Nie

9-10 odpowiedzi „Tak” – dieta bliska doskonałości i z pewnością w znacznym stopniu chroni przed rakiem jelita grubego

6-8 odpowiedzi „Tak” – radzisz sobie nieźle. Zastanów się jak Twoje słabe strony odpowiedzi na „Nie” zamienić na mocne strony „Tak”.

3-5 odpowiedzi „Tak” – jest ich za mało ale jeszcze w granicach tolerancji

0-2 odpowiedzi „Tak” – powinieneś jak najszybciej zasięgnąć porady wykwalifikowanego dietetyka



Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego

Imię, Nazwiskopłeć: data urodz:

wzrost (cm): waga (kg):

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych (PBP).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data Podpis

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|------------|------------|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana | TAK | NIE |

Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat **TAK** **NIE**

Uwaga! Do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek itp, lub nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)



- **Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:** **TAK NIE**
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić:
.....
- **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** **TAK NIE**
Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat..... **TAK NIE**
- **Czy pali Pan(i) papierosy:** **TAK NIE**
Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....
- **Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy:** **TAK NIE**
Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie.....od ilu lat nie pali.....
- **Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle**
(co najmniej przez 3 miesiące):
 - kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna) **TAK NIE NIE WIEM**
 - jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol): **TAK NIE NIE WIEM**

U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą? **TAK** (ile lat) **NIE**

Przebyte operacje brzuszne:.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**
(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

.....