

FORMULARZ ODPOWIEDZI

na zaproszenie do udziału w badaniu kolonoskopowym w ramach
Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego

Imię:

PESEL

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu:

ul.

.....

-

Po zapoznaniu się z informacjami dotyczącymi profilaktycznej kolonoskopii:

Zgadzam się na udział w badaniu w proponowanym terminie.

Zgadzam się na udział w badaniu, ale proszę o zmianę jego terminu.

♦ Sugeruję termin: dnia:..... godz.:.....

Nie mam pewności, czy kwalifikuję się do badania.

♦ Proszę o telefon w tej sprawie w godzinach:

Nie zgadzam się na udział w badaniu.

♦ Powód:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów Programu.

Data:

Podpis:

UWAGA: Proszę odwrócić kartkę i odpowiedzieć na kilka pytań dotyczących stanu zdrowia.
Odpowiedź na poniższe pytania pozwoli zaplanować bezpieczne i komfortowe badanie.

1. **Waga:** kg **Wzrost:** cm

2. **Czy przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne (np. operacje ginekologiczne, cięcie cesarskie, usunięcie prostaty, wyrostka robaczkowego, przepukliny)?**

NIE

TAK, jakie (rok):

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

Choroby serca ograniczające codzienną aktywność: NIE

TAK, jakie:

Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność: NIE

TAK, jakie:

Cukrzyca: NIE
 TAK, od roku:
aktualne leczenie: dieta leki doustne insulina, od roku

Padaczka: NIE TAK

Niewydolność nerek: NIE TAK

4. **Czy choruje Pan/Pani na choroby, które Pana/Pani zdaniem uniemożliwiają wykonanie profilaktycznej kolonoskopii lub są do niej przeciwwskazaniem?**

NIE

TAK, jakie:

Informacje na temat indywidualnych korzyści z wykonania badania profilaktycznego, ryzyka powikłań oraz przeciwwskazań do kolonoskopii zawarte są w:

- folderze informacyjnym
- na stronie internetowej: www.pbp.org.pl
- w Ośrodku Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (informacje można uzyskać telefonicznie)

☞ **Dziękujemy za wypełnienie formularza** ☞