



BEZPŁATNA PROFILAKTYCZNA KOLONOSKOPIA W BRZEZIŃSKIM SZPITALU

W Szpitalu Specjalistycznym Brzeziny można zapisać się na bezpłatne badanie kolonoskopowe jelita grubego.

Do badań kwalifikują się:

- wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat bez objawów raka jelita grubego
- osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego

Do badań nie kwalifikują się osoby, które w ciągu 10 lat miały już przeprowadzone badanie kolonoskopowe.

Szpital został wybrany przez Ministerstwo Zdrowia jako jedna z kilkudziesięciu placówek medycznych, w których będzie realizowany Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego. Profilaktyczne badanie kolonoskopowe skutecznie zapobiega zachorowaniu na ten nowotwór, znacznie zwiększa też szanse na wyleczenie, w przypadku wykrycia go we wczesnej fazie rozwoju.

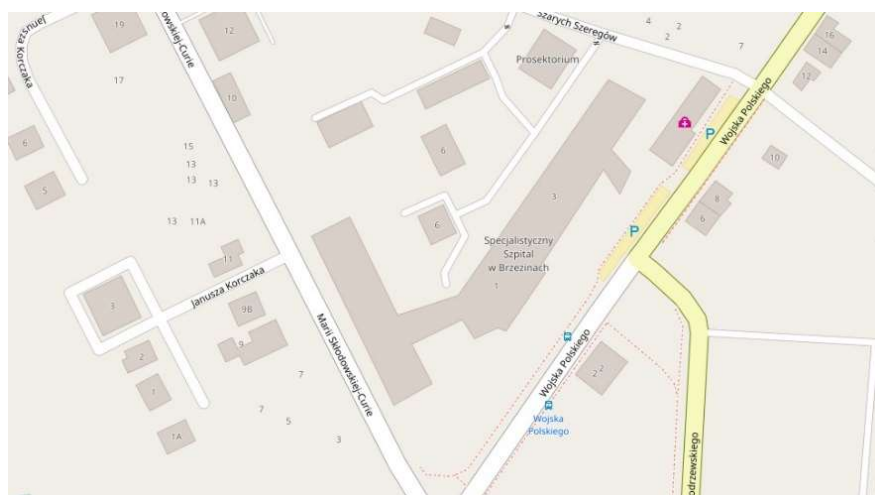
Preparat, którym należy przygotować się do badania wydawany jest w szpitalu, (za preparat pobierana jest kaucja w wysokości 50 zł, zwracana w dniu badania).

Zapisy na badania – codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 09.00-15.00:

- osobiście – Szpital Specjalistyczny Brzeziny, wejście od ul. Wojska Polskiego
- telefonicznie – tel. 46 875 25 01, 874 20 02 wew. 500.

W trakcie zapisu na badanie zostaną przekazane niezbędne informacje dotyczące przygotowania do badania oraz jego przebiegu.

Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz podpisana przez lekarza kierującego. Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program.



ANKIETA (w programie oportunistycznym)

Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....

PESEL

wzrost (cm):..... waga (kg):.....

Adres:.....
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom: praca:.....kom:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/em 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, **TAK** **NIE** **NIE WIEM**

Omar, Gasec, Ortanol):

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)

.....