



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 skринingowymi (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 (otoczyc 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) przewlekłe**

(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)

.....



