**ANKIETA KWALIFIKUJĄCA DO BADAŃ KOLONOSKOPOWYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:**  | **adres:** |
| **Nazwisko:** | **kod, miasto:** |
| **PESEL:**  | **powiat:** |
| **e-mail:** | **telefon:** |

**Odpowiednie zaznaczyć znakiem „X”**

|  |
| --- |
| **Kryteria włączenia** |
|  | Jestem osobą w wieku 50 – 65 lat |
|  | Jestem osobą w wieku 40 – 49 lat, która ma krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego  |
|  | Jestem osobą w wieku 25 – 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha i posiadam potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego |
|  | Jestem osobą w wieku 25-49 z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z FAP z poradni genetycznej[[1]](#footnote-1) |
|  | Żadna z powyższych odpowiedzi |
| **Kryteria wykluczające**  |
|  | Mam objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego |
|  | Wykonywałam –em kolonoskopię w ostatnich 10 latach[[2]](#footnote-2)tj. w roku ………… [[3]](#footnote-3) |

Oświadczam, że powyższe dane są prawdziwe.

Informacja: W przypadku wykonania badania osobom nieuprawnionym do objęcia wsparciem oraz w przypadku, gdy osoba miała wykonywane badanie kolonoskopowe w okresie ostatnich 10 lat, które było finansowane ze środków publicznych lub środków UE zobowiązuje się te osoby do pokrycia kosztów wykonanych badań.

Państwa dane osobowe wykorzystywane są wyłączenie w celach rekrutacyjnych prowadzonych przez SP ZOZ Rawa Mazowiecka.

 ………………………………………………………………………

 Data i Podpis pacjenta

1. Niniejszy program finansuje tylko pierwsze badanie w tej grupie [↑](#footnote-ref-1)
2. Poza pacjentami z zespołem Lyncha [↑](#footnote-ref-2)
3. Nie dotyczy badania wykonywanego komercyjnie/ odpłatnie [↑](#footnote-ref-3)