

ANKIETA

Imię, Nazwisko

data urodzenia:

PESEL

Adres:

(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania, powiat)

Telefon: dom stacjonarny:..... komórkowy:

1. Czy ktoś z Pana(i) krewnych pierwszego stopnia (rodzice, dzieci) miał rozpoznanego raka jelita grubego? (proszę otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelkę:

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

2. Czy w czasie ostatnich 10 lat miał(a) Pan(i) wykonaną kolonoskopię? **TAK NIE**

3. 2. Czy występuje u Pana(i) którykolwiek z następujących objawów, których przyczyna nie jest znana?

- obecność krwi w stolcu **TAK NIE**

- biegunki na przemian z zaparciami utrzymujące się przez wiele tygodni **TAK NIE**

- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana **TAK NIE**

- zaparcia i cienkie (jak ołówki) stolce **TAK NIE**

Data.....

Podpis pacjenta

Podpis i pieczęć lekarza

UWAGA: do programu kwalifikują się osoby w wiek 40-65 lat które:

- posiadają krewnych pierwszego stopnia u których rozpoznano raka jelita grubego (okrężnicy, esicy lub odbytnicy) i w ciągu ostatnich 10 lat nie miały wykonanego badania kolonoskopowego,
- mają objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego.