

Program profilaktyki zdrowotnej MegaMed Sp. z o.o.

KARTA WSPARCIA

Uczestnika programu pn. „Programu profilaktyki zdrowotnej MegaMed: „Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego, piotrkowskiego, radomszczańskiego i pączęńskiego” nr projektu RPLD.10.03.03-10-A010/16, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

Imię, Nazwisko płeć: K M

data urodzenia:

PESEL

Adres:

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

Zakres udzielonego wsparcia:

1. Czy otrzymał/a Pan/Pani imienne zaproszenie na badanie kolonoskopowe? TAK NIE
2. Czy miał/a Pan/Pani miał/a możliwość skorzystania z porad Indywidualnego Doradcy Pacjenta? TAK NIE
3. Czy otrzymał/a Pan/Pani informacje o przygotowaniu się do badania? TAK NIE
4. Czy informacje o przygotowaniu do badania były pomocne i czytelne? TAK NIE
5. Z jakiego źródła otrzymała/a Pan/Pani informacje o programie*: personel MegaMed, prasa lokalna, informacja na stronie www, inne jakie?.....
6. Czy został/a Pan/Pani poinformowany o wskazaniach/przeciwwskazaniach do badania? TAK NIE

*podkreśl właściwe

Grypa docelowa:

Lp.	Grupa docelowa	Przynależność (należy zaznaczyć X)
1.	Osoba w wieku 55-64l. niezależnie od obecności objawów klinicznych, która otrzymała imienne zaproszenie do udziału w programie	
2.	Osoba w wieku 50-65l. niezależnie od wywiadu rodzinnego	
3.	Osoba w wieku 40-65l., która ma krewnego I stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego - pod warunkiem, że w przeciągu ostatnich 10 lat nie wykonywała badania kolonoskopii lub ma objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego	

.....
(pieczętka + podpis lekarza wykonującego badanie)