



## ANKIETA PRZED KOLONOSKOPIĄ (PBP-OP)

Imię: _____	adres: _____
Nazwisko: _____	kod, miasto: ___-___ _____
PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	telefon: _____
wiek: ___ lat, waga: ___ kg, wzrost: ___ cm	email: _____

**1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy trwające NIE DŁUŻEJ niż 3 miesiące?**

- |                          |                              |  |
|--------------------------|------------------------------|--|
| krew w kale/anemia       | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak, od .....miesiący |
| niezamierzone chudnięcie | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak, od .....miesiący |
| zmiana rytmu wypróżnień  | <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> tak, od .....miesiący |

**2. Czy w przebył/a Pan/Pani w przeszłości kolonoskopię?**

NIE  TAK (proszę wypełnić poniżej)

ostatnie badanie przeprowadzono w roku: ....., ew. miejsce (ośrodek): .....  
 wynik ostatniego badania:  prawidłowy  polipy  rak  
 inny, jaki .....

**3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny chorował/choruje na raka jelita grubego?**

NIE  nie wiem

TAK (podkreślić wszystkie osoby, które chorują/chorowały i zaznaczyć wiek w chwili rozpoznania):

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Ojciec, wiek <u>w chwili rozpoznania</u> nowotworu:    | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia |
| Matka, wiek <u>w chwili rozpoznania</u> nowotworu:     | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia |
| Brat, wiek <u>w chwili rozpoznania</u> nowotworu:      | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia |
| Siostra, wiek <u>w chwili rozpoznania</u> nowotworu:   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia |
| Syn/córka, wiek <u>w chwili rozpoznania</u> nowotworu: | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia |  |

**4. Czy w przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne?**

NIE  TAK (proszę wypełnić poniżej)

(ginekologiczne, cięcie cesarskie; usunięcie: pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, prostaty, przepukliny)

jakie (rok): .....

**5. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?**

- |  |   |
|--|---|
| choroby serca ograniczające codzienną aktywność:   | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, jakie: ..... |
| choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:  | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, jakie: ..... |
| cukrzyca: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, od ....lat; aktualne leczenie: <input type="checkbox"/> dieta, <input type="checkbox"/> leki doustne, <input type="checkbox"/> insulina, od ....lat |   |
| niewydolność nerek: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak; padaczka: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak; inne choroby: .....  |   |

**6. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” krew?**

NIE  TAK (proszę wypełnić poniżej)

jakie: .....

**7. Czy pali Pan/Pani papierosy?**

- NIE, nigdy nie paliłem/am
- NIE, ale paliłem/am w przeszłości przez: .....lat, .....sztuk dziennie. NIE palę już od: .....lat
- TAK, ile sztuk dziennie: ....., od ilu lat: .....

Oświadczam, że otrzymałem/am nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita:  tak,  nie

Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w „Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego”, o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzonych badań w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji. Potwierdzam zapoznanie się z informacjami dotyczącymi bezpieczeństwa danych osobowych.

**Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego.**

Data: ..... Podpis uczestnika: ..... Podpis i pieczęć lekarza: .....

## KOLONOSKOPIA W PROGRAMIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO

Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach Programu Badań Przesiewowych jest finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Kolonoskopia jest **bezpłatna**.

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby z rozpoznanymi większymi zmianami będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych. Dalszy nadzór odbywa się w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego.

Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu. Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobre przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie może być wykonane w ośrodku realizującym Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

### Kryteria udziału w programie:

- Brak objawów raka jelita grubego (wszystkie odpowiedzi w sekcji 1. na pierwszej stronie ankiety powinny być zaznaczone na **NIE**, w przypadku wątpliwości w interpretacji objawów, **o kwalifikacji do badania przesiewowego decyduje lekarz**).
- Wiek 50 – 65 lat, a także w określonych przypadkach:
  - od 40 r.ż., gdy w rodzinie krewny I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorował/choruje na raka jelita grubego
  - od 25 r.ż., gdy w rodzinie występuje zespół Lyncha (konieczne jest zaświadczenie z poradni genetycznej)
  - od 20 r.ż., gdy w rodzinie występuje zespół polipowatości FAP (konieczne jest zaświadczenie z poradni genetycznej).

### Kryteria wykluczenia z programu:

- Kolonoskopia wykonana w ciągu ostatnich 10 lat.

## INFORMACJE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego

Informujemy, że administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, 02-034 Warszawa, ul. Wawelska 15B. („Administrator”).

### Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:

adres korespondencyjny: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

nr telefonu: 22 546-28-89

adres poczty elektronicznej: [iod@coi.pl](mailto:iod@coi.pl)

### Źródło pochodzenia danych osobowych:

Pozyskane Państwa dane osobowe są przekazywane do Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie przez podmioty biorące udział w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

Dane osobowe będą przetwarzane przez Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w celu realizacji Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP), w szczególności:

- 1) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO\*
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i lit. e) RODO\*

Podstawowym celem i zadaniem PBP jest wykonywanie badań profilaktycznych raka jelita grubego, zgodnie ze światowymi wytycznymi medycznymi, dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór w populacji polskiej.

### Rodzajami danych osobowych przetwarzanych w PBP są:

Dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, PESEL) i kontaktowe (adres, telefon, e-mail) oraz dane medyczne uzyskane z wypełnionych ankiet i wyniki wykonanych badań (w tym kolonoskopii i histopatologii), a także dane pozyskane w trakcie obserwacji i nadzoru.

### Czas przechowywania danych osobowych:

Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane nie może być dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane, czyli do prowadzenia PBP, którego jednym z zadań jest długotrwała, wieloletnia obserwacja zbadanych osób i analiza efektów epidemiologicznych (nie krócej niż 20 lat).

### Prawa osoby, której dotyczą dane osobowe, o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony zdrowia, obejmują:

Prawo dostępu do treści swoich danych osobowych; prawo do sprostowania danych, jeżeli dane przetwarzane przez Administratora są nieprawidłowe lub niekompletne; prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych; prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; prawo do przenoszenia danych; prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Prawa wymienione powyżej można zrealizować m.in. poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany na wstępie) lub poprzez kontakt z Administratorem, z dopiskiem: „**Ochrona danych osobowych w PBP**”.

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).