

**ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH  
PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**

## Część A. Dane pacjenta

|   |  |  |   |                                  |
|---|--|--|---|----------------------------------|
| Nr identyfikacyjny badania: _____           |  | Data badania: dd/mm/rrrr   |   |                                  |
| PESEL:                                      |  | Adres zamieszkania:  |   |                                  |
| Nazwisko:                                   |  | ul.  |   |                                  |
| Imię:                                       |  | Kod pocztowy:  |   |                                  |
| Wiek:                                       |  | Miejscowość:   |   |                                  |
| Nr telefonu*:                               |  | Adres e-mail*:   |   |                                  |
| Informację o badaniu uzyskałem/am z:        |  |  |   |                                  |
| <input type="checkbox"/><br>przychodnia POZ | <input type="checkbox"/><br>lekarz specjalista | <input type="checkbox"/><br>prasa, radio,<br>telewizja, Internet | <input type="checkbox"/><br>indywidualne zaproszenie od<br>realizatora programu:<br><input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms | <input type="checkbox"/><br>inne |

## Część B. Wywiad kliniczny

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Parametry antropometryczne:   | Masa ciała _____ kg                          | Wzrost _____ cm                                  | BMI _____                                 |
| <b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy</b>  |  |  |   |
| krew w kale/anemia:   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| niezamierzone chudnięcie:   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| Zmiana rytmu wypróżnień:  | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?</b>  |  |  |   |
| ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____   |  |  |   |
| wynik ostatniego badania:   | <input type="checkbox"/> prawidłowy          | <input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne) | <input type="checkbox"/> rak              |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> inny, jaki _____ |
| <b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b> |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> nie wiem            | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali te wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>                    |  |  |   |
| Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:  | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia     |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                           | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia  |
| <b>Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                            | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia  |
| <b>Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                         | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia  |
| <b>Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                       | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia |   |
| <b>4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?</b> |  |   |
| <input type="checkbox"/> nie   | <input type="checkbox"/> tak                 | <i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i><br><input type="checkbox"/> acetylosylicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)<br><input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)<br><input type="checkbox"/> leki przeciwplytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)<br><input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban) |
| <b>5. Czy pali Pan/Pani papierosy?</b>                                       |  |   |
| <input type="checkbox"/> Tak   | Ile lat: _____                               | Ile papierosów dziennie: _____  |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości                   | Rzuciłem/am: _____ lat temu                  | Paliłem/am: _____ papierosów dziennie   |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am                           |  |   |
| <b>6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?</b>                |  |   |
| <b>Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:</b>                      | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____  |
| <b>Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:</b>                       | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____  |
| <b>Cukrzyca:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak – od _____ lat   |
| <b>Niewydolność nerek:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak  |
| <b>Padaczka:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak  |
| <b>Operacje brzuszne:</b>  | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____ kiedy: _____   |
| <b>Inne istotne choroby współistniejące:</b>                                 |  |   |

Część C. Oświadczenia

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>Oświadczenia</b>   |                              |                              |
| Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> 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 prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji. | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie. | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|  | Podpis świadczeniobiorcy     |                              |
| Miejscowość i data   |                              |                              |

Część D. Decyzja o kwalifikacji

|                            |   |                              |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Kwalifikacja do badania:** | <input type="checkbox"/> tak              | <input type="checkbox"/> nie |
|                            | Podpis lekarza kwalifikującego do badania |                              |
| Miejscowość i data         |   |                              |

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

**1. Kryteria kwalifikacji do programu**

Osoby w wieku:

- 1) 50–65 lat;
- 2) 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

**2. Kryteria wyłączenia**

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

*Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach **Programu badań przesiewowych raka jelita grubego** jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.*

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 ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

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.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-  
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu: ..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: ..... (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia 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) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e- mail/ przekazanie drogą SMS\* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis świadczeniobiorcy

\*dane opcjonalne na podstawie zgody świadczeniobiorcy (określonej w części F)

\*\* jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

\*\*\* niepotrzebne skreślić

## Podstawowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych Pacjentów jest **Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, adres: ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock**;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [inspektorochronydanych@ecz-otwock.pl](mailto:inspektorochronydanych@ecz-otwock.pl) ;
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjentów w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu zapewnienia opieki zdrowotnej poprzez wykonywanie badań profilaktycznych raka jelita grubego, zgodnie ze światowymi wytycznymi medycznymi, dla zmniejszenia liczby zachorowań i zgonów na ten nowotwór w populacji polskiej.

### Dokładna podstawa prawna:

- a) dane niezbędne do ustalenia tożsamości Pacjenta przed udzieleniem świadczenia, w szczególności poprzez zgłoszenie do objęcia opieką medyczną, weryfikację danych podczas umawiania wizyty, czy w rejestracji przychodni lub w gabinecie lekarskim - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - b) dane zawarte w dokumentacji medycznej Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - c) dane zebrane celem realizacji praw Pacjenta zawarte np. w odbieranych i archiwizowanych oświadczeniach, w których Pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz wyraża zgodę na udzielanie im informacji o stanie zdrowia Pacjenta - administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
  - d) dane zebrane celem informowania o nowych procedurach medycznych i ofertach specjalnych (marketingu produktów i usług) – administrator przetwarza na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. na podstawie zgody pacjenta.
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także:
    - a) podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług zaopatrujących administratora w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją administratora, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego oraz firmom kurierskim i pocztowym;
    - b) dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających administratora w dochodzeniu należnych roszczeń, w szczególności kancelariom prawnym oraz zewnętrznym audytorom;
  5. Administrator nie zamierza przekazywać Państwu danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
  6. Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

### Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Dane osobowe Pacjentów zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu z wyjątkami przewidzianymi w ww. ustawie.
2. Pacjentom przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, usunięcia niektórych danych np. numeru telefonu, adres e-mail oraz danych, których minął okres przechowywania. Dodatkowo Pacjentowi przysługuje prawo ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Administrator jako podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości Pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. Niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty, czy odmową udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.
4. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez **Europejskie Centrum Zdrowia Otwock, adres: ul. Borowa 14/18, 05-400 Otwock**, są dostępne są na recepcji oraz na stronie internetowej [www.ecz-otwock.pl](http://www.ecz-otwock.pl).

**Data i czytelny podpis Pacjenta** .....