

szpital przyjazny rodzinie



Szanowni Państwo!

Miło nam poinformować, że od dnia 19 września rusza **Program bezpłatnych Badań Przesiewowych raka jelita grubego**, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym na lata 2016-2018. Celem programu badań jest obniżenie zachorowalności, a także umieralności na raka jelita grubego.

Serdecznie zapraszamy do udziału w programie poprzez kierowanie pacjentów według następujących kryteriów:

- ✓ Osoby w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- ✓ Osoby w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- ✓ Osoby 25-49 lat z rodzin, w których występuje dziedziczna postać choroby, czyli tak zwany zespół Lyncha. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie co 2-3 lata.

W przesiewowych badaniach populacyjnych można wykrywać chorobę w fazie bezobjawowej. Umożliwiają one wykrywanie pierwszych zmian przedrakowych, czyli polipów, z których w ciągu lat może się rozwinąć nowotwór złośliwy. Dodatkową zaletą kolonoskopii jest możliwość natychmiastowego usunięcia polipów, które zostaną wykryte podczas badania. Po zabiegach osoby poddane kolonoskopii przesiewowej otrzymują wynik w dniu badania.

W załączniku przesyłamy ankietę, z którą pacjent zgłasza się w dniu badania. Pacjent po wcześniejszym uzgodnieniu terminu badania otrzymuje bezpłatnie preparat do przygotowania się do kolonoskopii. Centrum Zdrowia Tuchów zapewnia bezpłatne znieczulenie.

Koordynatorem przesiewowych badań kolonoskopowych jest Pani Monika Załuska, z którą zarówno Pan/Pani jak i pacjent może kontaktować się pod numerem telefonu **728 588 355**.

Serdecznie zapraszam do współpracy

DYREKTOR MEDYCZNY
Ilek. med. Wojciech Praefort

Centrum Zdrowia Tuchów Sp.z o.o
33 - 170 Tuchów, ul.Szpitalna 1, tel. 14 65 35 101, fax 14 65 35 104
e-mail: czt@czt.com.pl, www.czt.com.pl

Kapitał zakładowy: 1 325 000 PLN. Kapitał wpłacony: 1 325 000 PLN
Sąd Rejonowy dla Krakowa Śródmieścia XII Wydział Gospodarczy KRS, KRS 0000282440
NIP: 873-31355-62, Regon: 120446616, Nr konta 778627 0001 2023 9000 8429 0001

ANKIETA



Imię, Nazwisko.....płeć:..... data urodz:.....

PESEL wzrost (cm):..... waga (kg):.....

Adres:.....
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom: praca:.....kom:.....

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem/em się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data Podpis

Czy występują u Pana(i) następujące objawy (otoczyć kółkiem właściwą odpowiedź):

- | | | |
|--|-----|-----|
| - obecność krwi w stolcu (jeśli masz hemoroidy zawsze zaznacz NIE) | TAK | NIE |
| - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach | TAK | NIE |
| - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana | TAK | NIE |

Czy miał(a) Pan(i) wykonaną pełną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat TAK NIE

Uwaga: do PBP kwalifikują się osoby, które na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE

Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

Czy ktoś z tych krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

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

• Czy rozpoznano u Pana(i) istotne choroby:
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK, proszę wymienić: TAK NIE

• Czy choruje Pan(i) na cukrzycę: TAK NIE

Jeśli TAK: typ....., od ilu lat.....
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat.....

TAK NIE

• Czy pali Pan(i) papierosy: TAK NIE

Jeśli TAK, od ilu lat..... ile sztuk dziennie.....

• Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy: TAK NIE

Jeśli TAK, ile lat..... ile sztuk dziennie..... od ilu lat nie pali.....

• Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle

(co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna) TAK NIE NIE WIEM

- jeden z leków: (Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol): TAK NIE NIE WIEM

U kobiet: Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą? TAK (ile lat.....) NIE

Przebyte operacje brzuszne:

Uwagi:

Stwierdzam, że u danej osoby nie podejrzewam raka jelita grubego
(pieczętka + podpis lekarza kierującego)

Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego

ANKIETA

dotycząca możliwości przeprowadzenia kolonoskopii w ramach Programu Badań Przesiewowych mających wykryć ewentualne polipy lub nowotwory jelita grubego u osób bez objawów chorobowych

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbył. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:



CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW
Ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej. Kolonoskopia jest bezpłatna zarówno dla osób poddających się badaniu jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- **wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat** bez objawów raka jelita grubego
- **osoby w wieku 40-65 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego
- **osoby w wieku 25–65 lat** pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat ! Skierowaniem na badanie jest ankieta (na odwrocie), wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz **podpisana przez lekarza kierującego.**

Ankiety należy dostarczyć do Centrum Zdrowia Tuchów – pocztą, faksem lub osobiście od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-20:00 lub w dniu badania. Po otrzymaniu ankiety Koordynator Programu skontaktuje się z Państwem telefonicznie ustalając termin badania.

Ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:

Poczta: Centrum Zdrowia Tuchów, ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów

Fax: 14 6535104

Osobiście: Rejestracja czynna od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-20:00 lub w dniu badania



W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić

Numer telefonu: 728 588 355 Monika Załuska