Załącznik do Załącznika nr 8

ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA PŁUCA

Część A. Dane pacjenta

<table>
<tr><td>Nr identyfikacyjny badania:</td><td>Data kwalifikacji: dd/mm/rrrr
Data badania: dd/mm/rrrr</td></tr>
<tr><td>PESEL:</td><td rowspan="4">Adres zamieszkania:
ul.
Kod pocztowy:
Miejscowość:</td></tr>
<tr><td>Nazwisko:</td></tr>
<tr><td>Imię:</td></tr>
<tr><td>Wiek:</td></tr>
<tr><td>Nr telefonu:</td><td>Adres e-mail:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Wykształcenie: ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe</td></tr>
<tr><td colspan="2">Informację o badaniu uzyskałem/am z:

☐ przychodnia POZ: ☐ lekarz POZ, ☐ koordynator opieki POZ, ☐ położna/pielęgniarka POZ
☐ lekarz specjalista
☐ prasa, radio, telewizja, Internet
☐ indywidualne zaproszenie od realizatora programu: ☐ list, ☐ telefon, ☐ sms
☐ inne</td></tr>
</table>

Część B. Wywiad

1. Dane antropometryczne *(dane niezbędne do ustalenia dawki napromieniowania)*

Masa ciała _____kg **Wzrost** _____ cm **BMI** _____

2. Status palenia tytoniu:

☐ **Tak palę** Ile lat palenia:_____ Ile papierosów dziennie: _____ Liczba paczkolat*: _____
☐ **Nie, ale paliłem/am w przeszłości**
Rzuciłem/am: _____ lat temu Paliłem/am: _____ papierosów dziennie Ile lat palenia:_____ Liczba paczkolat: _____

3. Czy był Pan/Pani narażony na następujące czynniki ryzyka?

Co najmniej 2-letnia ekspozycja zawodowa na minimum jeden z czynników środowiskowych: krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza ☐ tak ☐ nie

Ekspozycja na radon ☐ tak ☐ nie

4. Czy w przeszłości chorował Pan/Pani na wymienione poniżej choroby nowotworowe?
Dotyczy przebytych chorób / z zakończonym procesem leczenia

Nowotwór układu limfatycznego (chłoniak) ☐ tak ☐ nie

Rak głowy i szyi ☐ tak ☐ nie

Rak pęcherza moczowego ☐ tak ☐ nie

5. Czy ktoś z Pana/Pani z krewnych pierwszego stopnia (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka płuca?

Rodzice ☐ tak ☐ nie ☐ nie wiem

Rodzeństwo ☐ tak ☐ nie ☐ nie wiem

Dzieci ☐ tak ☐ nie ☐ nie wiem

6. Czy aktualnie choruje Pan/Pani na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)? ☐ tak ☐ nie

7. Status zachorowania:

a. Czy miał Pan/Pani wcześniej potwierdzone rozpoznanie raka płuca? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak:

Data rozpoznania (rok/miesiąc) …….

Czy zakończono leczenie i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu? ☐ tak ☐ nie

b. Czy miał Pan/Pani wcześniej potwierdzone rozpoznanie innej choroby nowotworowej z zajęciem układu oddechowego? ☐ tak ☐ nie

Jeśli tak:

Data rozpoznania (rok/miesiąc) …….

Rozpoznanie wg. ICD-10 (kod i nazwa):_____

Czy zakończono leczenie i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu? ☐ tak ☐ nie

8. Czy w okresie ostatnich 12 m-cy było wykonywane badanie TK klatki piersiowej? ☐ tak ☐ nie

Data ostatniego badania: rok i miesiąc_____, ☐ nie dotyczy – nigdy nie miałem/am TK klatki piersiowej

9. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy kliniczne?

Krwioplucie ☐ tak ☐ nie

Chrypka (w ostatnich 2 miesiącach głos stał się szorstki, matowy i cichszy) ☐ tak ☐ nie

Niezamierzona utrata masy ciała ☐ tak ☐ nie

Przewlekły kaszel trwający powyżej 8 tygodni (nie dotyczy pacjentów ze współistniejącą POChP)
☐ tak ☐ nie

Część C. Oświadczenia i zgody

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania przesiewowego w „Programie badań przesiewowych raka płuca”
☐ tak ☐ nie

Oświadczam, że w przypadku wykrytego raka płuca w badaniu przesiewowym, poddam się leczeniu
☐ tak ☐ nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w Programie ☐ tak ☐ nie

Miejscowość i data	Podpis świadczeniobiorcy

Część D. Decyzja o kwalifikacji

Stan ogólny pacjenta / Kwalifikacja do badania:
☐ brak przeciwskazań do wykonania badania NDTK
☐ stwierdzono przeciwskazania do wykonania badania NDTK, jakie? _____

Miejscowość i data	Podpis lekarza kwalifikującego do badania

* Liczba paczkolat = (przeciętna liczba paczek papierosów wypalanych dziennie) x (liczba lat palenia).
Uwaga: jedna paczka zawiera 20 papierosów.

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

Kryteria kwalifikacji do programu

Osoby w wieku:

1. 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolat, z okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;

2. 50–54 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolat, okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, u których stwierdza się co najmniej jeden z czynników ryzyka:

a.co najmniej 2-letnia ekspozycja zawodowa na minimum jeden z czynników środowiskowych: krzemionkę, beryl, nikiel, chrom, kadm, azbest, związki arsenu, spaliny silników diesla, dym ze spalania węgla kamiennego, sadza,

b.ekspozycja na radon,

c.indywidualna historia zachorowania na raka: w wywiadzie chłoniak, rak głowy i szyi, rak pęcherza moczowego,

d.rak płuca w wywiadzie u krewnych pierwszego stopnia,

e.współistnienie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP);

3. 55–74 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolat, z okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat, które zakończyły leczenie raka płuca i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu;

Kryteria wyłączenia z programu

1. aktualne rozpoznanie raka płuca lub choroby nowotworowej z zajęciem układu oddechowego oraz w okresie 5-letniego monitorowania po zakończeniu leczenia;

2. wykonanie tomografii komputerowej klatki piersiowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających datę planowanego badania NDTK;

3. przeciwskazania do wykonania badania NDTK (np. stan ogólny uniemożliwiający wykonanie procedur diagnostycznych);

4. objawy kliniczne: krwioplucie, chrypka, niezamierzona utrata masy ciała lub przewlekły kaszl trwający powyżej 8 tygodni.