

ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA PŁUCA

Część A. Dane pacjenta

Nr identyfikacyjny badania:	Data kwalifikacji: dd/mm/rrrr Data badania: dd/mm/rrrr
PESEL:	Adres zamieszkania:
Nazwisko:	ul.
Imię:	Kod pocztowy:
Wiek:	Miejscowość:
Nr telefonu:	Adres e-mail:
Wysztalcenie: ☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe	
Informację o badaniu uzyskałem/am z: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;"> ☐ przychodnia POZ: ☐ lekarz POZ, ☐ koordynator opieki POZ, ☐ położna/pielęgniarka POZ </div> <div style="width: 20%;"> ☐ lekarz specjalista </div> <div style="width: 20%;"> ☐ prasa, radio, telewizja, Internet </div> <div style="width: 20%;"> ☐ indywidualne zaproszenie od realizatora programu: ☐ list, ☐ telefon, ☐ sms </div> <div style="width: 20%;"> ☐ inne </div> </div>	

Część B. Wywiad

1. Dane antropometryczne <i>(dane niezbędne do ustalenia dawki napromieniowania)</i>
Masa ciała _____ kg Wzrost _____ cm BMI _____
2. Status palenia tytoniu: ☐ Tak palę Ile lat palenia: _____ Ile papierosów dziennie: _____ Liczba paczkołat*: _____ ☐ Nie, ale paliłem/am w przeszłości Rzuciłem/am: _____ lat temu Paliłem/am: _____ papierosów dziennie Ile lat palenia: _____ Liczba paczkołat: _____
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? <i>Dotyczy przebytych chorób / z zakończonym procesem leczenia</i> 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 przeciwwskazań do wykonania badania NDTK

☐ stwierdzono przeciwwskazania do wykonania badania NDTK, jakie?

Miejscowość i data

Podpis lekarza kwalifikującego do badania

* Liczba paczkolet = (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 paczkolet, z okresem abstynencji tytoniowej nie dłuższym niż 15 lat;

2. 50–54 lat z konsumpcją tytoniu większą lub równą 20 paczkolet, 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 paczkolet, 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. przeciwwskazania do wykonania badania NDTK (np. stan ogólny uniemożliwiający wykonanie procedur diagnostycznych);

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

