

ANKIETA PROGRAMU BADAŃ PRZESIEWOWYCH – EDYCJA 2016/2018

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 (PBP). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data Podpis

Oświadczam, że otrzymałem nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałem 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:** TAK NIE
serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli **TAK**, proszę wymienić:
.....

• **Czy choruje Pan(i) na cukrzycę:** TAK NIE
Jeśli **TAK**: typ....., od ilu lat.....
czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli **TAK**, od ilu lat.....

• **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): TAK NIE NIE WIEM
- 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

Zapraszamy Państwa do wzięcia udziału w Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego prowadzonym przez Ministerstwo Zdrowia i realizowanym m.in. w ośrodku Magodent

Zasady 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 odbyt. Do badania trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badania wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy:

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.

Wypełniona ankieta powinna trafić do Ośrodka realizującego program:
pocztą elektroniczną: endoskopia@magodent.pl
lub bezpośrednio w wybranym Ośrodku

Magodent
Szpital Elbląska
Ul. Szamocka 6
01 -1 748 Warszawa

Magodent
Rejestracja Endoskopii
ul. Gen. E. Fieldorfa „Nila” 40,
04-125 Warszawa

Tel. 22 469 83 15

Tel. 783 711 755

Recepcje placówek dla potrzeb PBP czynne są w godzinach: **08.00 – 18.00**

Jednocześnie zachęcamy do odwiedzenia naszej strony:
www.magodent.pl

INFORMACJE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP)

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

Od dnia 25.05.2018 r. będzie możliwość skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych („IODO”); adres korespondencyjny: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa nr telefonu: 22 546-28-89

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. 6 ust. 1 lit. c) RODO* w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i lit. e) RODO* w celu:
 - a. wypełnienia obowiązku ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej
 - b. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi;
- 3) na podstawie odrębnej zgody, tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO*, w celu realizacji zadań Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego.

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.

Dane o stanie zdrowia, uwzględnione wśród szczególnych kategorii danych osobowych, mogą być przetwarzane w PBP, zgodnie z art. 9 ust. 2 i ust. 3 RODO*.

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 usunięcia danych, jeśli osoba wycofa zgodę na przetwarzanie danych osobowych; prawo żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych; prawo do przenoszenia danych, czyli prawo do otrzymania dostarczonych Administratorowi danych osobowych oraz przesłania ich innemu administratorowi; prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie uzasadnionego interesu Administratora lub wobec przetwarzania w celu marketingu bezpośredniego; prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych); prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem); prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony Administratora, wyrażenia własnego stanowiska i do zakwestionowania decyzji opartej na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych.

Prawa wymienione powyżej można zrealizować m.in. poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany na wstępie) lub poprzez kontakt z Administratorem (adres podany na wstępie), 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).

Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami:

.....

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego:

.....

Miejscowość, Data,

