

ECZ Otwock Nr

Miejscowość

data: - - **1 DANE PERSONALNE PACJENTA**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail

2 PYTANIA ANKIETOWE

2.1 Czy choruje bądź chorował/a Pan/Pani na chorobę nowotworową? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

 TAK NIEJeśli TAK, podaj: lokalizację nowotworu,
ew. rozpoznanie kliniczne:rok
zachorowania:

2.2 Czy pali Pan/i papierosy OBECNIE? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

 TAK NIE

Jeśli TAK, podaj: Ile lat?

Ile sztuk dziennie?

Czy palił/a Pan/i papierosy w PRZESZŁOŚCI?

 TAK NIE

Jeśli TAK, podaj: Ile lat?

Ile sztuk dziennie?

Jak długo już Pan/i nie pali? (ile lat)

2.3 Czy w okresie ostatnich 3-miesięcy przyjmował/a Pan/i suplementy diety, preparaty wzmacniające lub odpornościowe?
(Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)Selen TAK NIEWitaminy TAK NIEŻelazo TAK NIEMagnez TAK NIEKwas foliowy TAK NIECynk TAK NIE

Inne, jakie?

3 WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY

3.1 Czy przestała Pani miesiączkować? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

 TAK NIE

3.2 Ile miała Pani lat, kiedy przestała miesiączkować? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

Wiek lat

3.2 Jaki był powód ustania miesiączek? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

 naturalna menopauza z powodu usunięcia jajników z powodu usunięcia macicy z powodu przyjmowania środków leczniczychinny
powód:3.3 Czy kiedykolwiek regularnie przyjmowała bądź przyjmuje Pani hormony (w tym leki antykoncepcyjne)?
(Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”) TAK NIE2.1 Czy miała Pani operację jajników, jajowodów, macicy (np. usunięcie macicy, szyjki macicy, mięśniaków)?
(Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”) TAK NIE

Jeśli TAK, podaj: lokalizację nowotworu:

rok
operacji:

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY.

Jaką formę kontaktu Pan/Pani preferuje? (Prawidłową odpowiedź zaznacz „X”)

 listowną telefoniczną e-mail

Europejskie Centrum Zdrowia Otwock prowadzi badania mające na celu wykrycie i objęcie opieką lekarską rodzin, w których występują nowotwory. Badania genetyczne pozwalają wykryć zagrożenie nowotworowe na kilka lub kilkanaście lat przed pojawieniem się objawów klinicznych, zwiększając przez to szansę skutecznej profilaktyki. Ponadto u części osób z nowotworami w zależności od wyników badań genetycznych zmieniający sposób leczenia. Warunkiem kwalifikacji do badań onkologiczno-genetycznych jest wypełnienie poniższej ankiety.

Wybrane przez genetyków-onkologów osoby zostaną zaproszone do poradni genetycznej.

Wypełnienie ankiety jest dobrowolne i nie będzie miało wpływu na uprawnienia do korzystania z należnych świadczeń.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZEJ ANKIETY NAWET, JEŻELI POSIADANE DANE NIE SĄ KOMPLETNE.

ECZ Otwock Nr

1 DANE PERSONALNE PACJENTA

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail

PESEL

Oddział NFZ

2 DANE CHOROBOWE

Czy Pan/Pani chorował/a na nowotwór?

TAK

NIE

NIE WIEM

Jeśli tak, podaj lokalizację nowotworu, ew. rozpoznanie kliniczne:

PRZEBYTE LECZENIE:

operacja chirurgiczna (rok)

radioterapia (rok)

chemioterapia (rok)

Czy chorował(a) na nowotwór (guz,rak)
Wpisać: TAK,NIE, NIE WIEM

Lokalizacja nowotworu
(zajęty narząd)

Wiek zachorowania
(w latach)

Jeśli krewny zmarł,
to w jakim wieku

Bracia			
Siostry			
Synowie			
Córki			
OJCIEC			
Bracia ojca			
Siostry ojca			
Ojciec ojca			
Matka ojca			
MATKA			
Bracia matki			
Siostry matki			
Ojciec matki			
Matka matki			

Tylko w przypadku stwierdzenia podejrzenia wysokiej genetycznej predyspozycji do nowotworów w rodzinie prześlemy Państwu zaproszenie na konsultację genetyczną.

W związku z udostępnieniem przeze mnie danych osobowych, **wyrażam zgodę** na ich przetwarzanie zgodnie z art. 23 ust. 1, pkt. 1 Ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych.* Zgoda obejmuje również dane będące wynikiem prowadzonych badań, art. 23, ust. 2.* Mam prawo do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Przyjmuję do wiadomości zapewnienie administratora danych, że są one przetwarzane zgodnie z art. 1, ust. 2**, a ich zabezpieczenie zgodne z art. 36 do art. 39 niniejszej Ustawy.*

* Dziennik Ustaw Nr 133, 1997, poz. 883, s. 4162-4167.

** Przetwarzanie danych osobowych może mieć miejsce ze względu na dobro publiczne, dobro osoby, której dane dotyczą, lub dobro osób trzecich w zakresie i trybie określonym ustawą.

Zamieszczone w ankiecie dane osobowe są poufne i nigdy nie zostaną ujawnione.

Zebrane dane posłużą do opracowań naukowych, ale nigdy nie zostaną ujawnione

data: podpis i pieczęć pielęgniarki / lekarza:

data: podpis ankietywanego: