

Ankieta kwalifikująca Pacjenta do badania

Ankieta

Ankieta kwalifikująca na badanie niskodawkowej tomografii komputerowej w ramach „Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca”

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Imię i nazwisko osoby, która ma zostać poddana badaniu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |(dd-mm-rrrr) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres zamieszkania | ul.....nr....., miejscowość....., kod pocztowy..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane kontaktowe | Numer telefonu..... Adres e-mail..... Adres do korespondencji (wypełnić jeśli inny niż adres zamieszkania): ul..... nr....., Miejscowość..... Kod pocztowy..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Palenie papierosów: | | |
| Liczba lat palenia | | |
| Liczba wypalanych sztuk papierosów na dobę | | |
| Liczba paczkołat ¹ | | |
| Czy rzuciłeś palenie? | TAK | NIE |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeśli tak ile lat temu | | |

| Narażenie środowiskowe: | TAK | NIE |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Krzemionka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beryl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nikiel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kadm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Azbest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Związki arsenu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spaliny silników diesla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dym ze spalania węgla kamiennego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sadza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ekspozycja na radon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¹ Liczba paczkołat = (przeciętna liczba paczek papierosów wypalanych dziennie) x (liczba lat palenia). Uwaga: jedna paczka zawiera 20 papierosów.

| Czy w przeszłości chorowałeś na: | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Raka płuca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chłoniaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raka głowy i szyi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Raki zależne od palenia tytoniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Czy obecnie chorujesz na: | TAK | NIE |
| Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Włóknienie płuc (IPF) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Nowotwory płuc w rodzinie: | TAK | NIE |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rodzice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rodzeństwo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dzieci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dziadkowie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Dane lekarza kierującego na badanie NDTK w ramach „Programu badań w kierunku wykrywania raka płuca” | |
|--|-------|
| Imię nazwisko | |
| Numer telefonu kontaktowego | |
| Podmiot leczniczy, w którym wystawiono skierowanie (wypełnić lub przystawić pieczęć) | |

