



## ANKIETA PRZED KOLONOSKOPIĄ (PBP-OP)

@	
V	
h-o-O	

1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy trwające **NIE DŁUŻEJ** niż 3 miesiące?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> krew w stolcu | <input type="checkbox"/> cięższe oddziaływanie   |
| <input type="checkbox"/> zmęczenie     | <input type="checkbox"/> zmniejszenie masy ciała |
| <input type="checkbox"/> ból brzucha   | <input type="checkbox"/> zmniejszenie apetytu    |

2. Czy w przebył/a Pan/Pani w przeszłości kolonoskopię?

- |                              |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK |
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/>     |
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny chorował/choruje na raka jelita grubego?

- |                              |                          |                          |                          |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| \                            | _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| U                            | _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| "                            | _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o                            | _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o                            | _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Czy w przebył/a Pan/Pani w przeszłości operacje brzuszne?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK |
|------------------------------|------------------------------|

5. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?

- |                    |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| choroby serca      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| choroby płuc       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cukrzyca           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| niewydolność nerek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| padaczka           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| inne choroby:      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” krew?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK |
|------------------------------|------------------------------|

7. Czy pali Pan/Pani papierosy?

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> |

\	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w ramach projektu "Kolonoskopia - zrób to dla siebie" RPMP.08.06.02-12-0325/20

## KOLONOSKOPIA W PROGRAMIE "Kolonoskopia - zrób to dla siebie"

Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach projektu "Kolonoskopia - zrób to dla siebie" jest dofinansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020. Kolonoskopia jest **bezpłatna**.

Celem badania jest wykrycie zmian błony śluzowej jelita grubego: polipów – gruczolaków, czyli nowotworów we wczesnej fazie rozwoju – są to zmiany potencjalnie całkowicie wyleczalne. Usunięcie polipów jest bezbolesne. Osoby z rozpoznanymi większymi zmianami będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych. Dalszy nadzór odbywa się w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Badanie wykonuje się za pomocą kolonoskopu (giętkiego przyrządu) wprowadzonego przez odbyt do oczyszczonego jelita grubego.

Wprowadzanie endoskopu jest bezbolesne dla większości osób, może jednak powodować wzdęcie, uczucie parcia i ucisku w brzuchu.

Badanie trwa zwykle ok. 30 minut. Dobrze przygotowanie, czyli oczyszczenie jelita do badania ma wpływ na jakość, czas i bezpieczeństwo badania. Po ustaleniu terminu kolonoskopii będzie udzielona dokładna instrukcja przygotowania do badania.

Poważne zdarzenia niepożądane są rzadkie: krwawienie (1/1000 badań), perforacja (1/10 000 badań).

Badanie będzie wykonane w CM iMed24, ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków.

### Kryteria udziału w programie:

- Brak objawów raka jelita grubego (wszystkie odpowiedzi w sekcji 1. na pierwszej stronie ankiety powinny być zaznaczone na **NIE**, w przypadku wątpliwości w interpretacji objawów, o **kwalifikacji do badania przesiewowego decyduje lekarz**).
- Wiek 50 – 65 lat, a także w określonych przypadkach:
  - od 40 r.ż., gdy w rodzinie krewny I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) chorował/choruje na raka jelita grubego
  - od 25 r.ż., gdy w rodzinie występuje zespół Lyncha (konieczne jest zaświadczenie z poradni genetycznej)
  - od 20 r.ż., gdy w rodzinie występuje zespół polipowatości FAP (konieczne jest zaświadczenie z poradni genetycznej).

### Kryteria wykluczenia z programu:

- Kolonoskopia wykonana w ciągu ostatnich 10 lat.

## INFORMACJE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA DANYCH OSOBOWYCH w projekcie "Kolonoskopia - zrób to dla siebie"

Informujemy, że administratorem Państwa danych osobowych jest Comarch Healthcare S.A. oraz CM iMed24, ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków. ("Administrator")

### Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych:

adres korespondencyjny: Comarch S.A. Dział Inspektora Ochrony Danych Osobowych, ul. Życzkowskiego 23, 31-864 Kraków

nr telefonu: 12 687 79 25

adres poczty elektronicznej: [arleta.samborek@comarch.pl](mailto:arleta.samborek@comarch.pl)

### Źródło pochodzenia danych osobowych:

Pozyskane Państwa dane osobowe są przekazywane do Comarch Healthcare S.A. oraz CM iMed24

**Dane osobowe będą przetwarzane przez Comarch Healthcare S.A. oraz CM iMed24 w Krakowie w celu realizacji projektu "Kolonoskopia - zrób to dla siebie", w szczególności:**

- 1) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO\*
- 2) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d) i lit. e) RODO\*

**Podstawowym celem i zadaniem projektu 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 projekcie 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.

### 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 ograniczenia przetwarzania danych; prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; prawo do przenoszenia danych; prawo wniesienia skargi do polskiego organu nadzorczego (czyli Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

Prawa wymienione powyżej można zrealizować m.in. poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (adres podany na wstępie) lub poprzez kontakt z Administratorem, z dopiskiem: „**Ochrona danych osobowych w projekcie Kolonoskopia - zrób to dla siebie**”.