Ankieta kwalifikująca Pacjenta do badania

**Ankieta**

**Ankieta kwalifikująca na badania 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-rrr)** |
| **PESEL** | **……………………………………………………………………….** |
| **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 paczkolat **4** | |  | | | | |
| Czy rzuciłeś palenie? | | TAK | | NIE | | |
|  | |  | | |
| Jeśli tak ile lat temu | |  | |  | | |
| Narażenie środowiskowe: | | TAK | | NIE |
| Krzemionka | |  | |  |
| Beryl | |  | |  |
| Nikiel | |  | |  |
| Chrom | |  | |  |
| Kadm | |  | |  |
| Azbest | |  | |  |
| Związki arsenu | |  | |  |
| Spaliny silników diesla | |  | |  |
| Dym ze spalania węgla kamiennego | |  | |  |
| Sadza | |  | |  |
| Ekspozycja na radon | |  | |  |

4 Liczba paczkolat = (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 | |  | | |  |
| Chłoniaka | |  | | |  |
| Raka głowy i szyi | |  | | |  |
| Raki zależne od palenia tytoniu | |  | | |  |
| **Czy obecnie chorujesz na:** | | **TAK** | | | **NIE** |
| Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) | |  | | |  |
| Włóknienie płuc (IPF) | |  | | |  |
|  | | | | | | |
| **Nowotwory płuc w rodzinie**: | | | | **TAK** | **NIE** | |
| Rodzice | | | |  |  | |
| Rodzeństwo | | | |  |  | |
| Dzieci | | | |  |  | |
| Dziadkowie | | | |  |  | |
|  | | | | | | |
| **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 pieczątkę) | |  | | | | |