

## Ankieta kwalifikująca Pacjenta do badania

## Ankieta

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

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Imię i nazwisko osoby, która ma zostać poddana badaniu</b> | .....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Data urodzenia</b>   | .....(dd-mm-rrrr)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL</b>  | <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> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres zamieszkania</b>                                     | ul.....nr.....,<br>miejsowość.....,<br>kod pocztowy.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Województwo</b>  | .....   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Dane kontaktowe</b>  | Numer telefonu.....<br>Adres e-mail.....<br>Adres do korespondencji (wypełnić jeśli inny niż adres zamieszkania):<br>ul..... nr.....,<br>Miejscowość.....<br>Kod pocztowy.....  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

| <b>Narażenie środowiskowe:</b>   | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

| <b>Czy w przeszłości chorowałeś na:</b>     | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| <b>Czy obecnie chorujesz na:</b>            | <b>TAK</b>               | <b>NIE</b>               |
| Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Włóknienie płuc (IPF)                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

|            |                          |                          |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| Rodzeństwo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dzieci     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dziadkowie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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