

**ANKIETA DLA PACJENTÓW OBJĘTYCH  
PROGRAMEM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO**

## Część A. Dane pacjenta

|   |   |   |  |                               |
|---|---|---|--|-------------------------------|
| Nr identyfikacyjny badania: _____           |   | Data badania: dd/mm/rrrr                                      |  |                               |
| PESEL:                                      |   | Adres zamieszkania:   |  |                               |
| Nazwisko:                                   |   | ul.   |  |                               |
| Imię:                                       |   | Kod pocztowy:   |  |                               |
| Wiek:                                       |   | Miejscowość:  |  |                               |
| Nr telefonu*:                               |   | Adres e-mail*:  |  |                               |
| <b>Informację o badaniu uzyskałem/am z:</b> |   |   |  |                               |
| <input type="checkbox"/> przychodnia POZ    | <input type="checkbox"/> lekarz specjalista | <input type="checkbox"/> prasa, radio,<br>telewizja, Internet | <input type="checkbox"/> indywidualne zaproszenie od<br>realizatora programu:<br><input type="checkbox"/> list, <input type="checkbox"/> telefon, <input type="checkbox"/> sms | <input type="checkbox"/> inne |

## Część B. Wywiad kliniczny

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <b>Parametry antropometryczne:</b>  | Masa ciała ____ kg                           | Wzrost ____ cm                                   | BMI _____                                 |
| <b>1. Czy występują u Pana/Pani następujące objawy</b>  |  |  |   |
| <b>krw w kale/anemia:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>niezamierzone chudnięcie:</b>  | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>Zmiana rytmu wypróżnień:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <b>2. Czy miał Pan/Pani w przeszłości wykonaną kolonoskopię?</b>  |  |  |   |
| ostatnie badanie przeprowadzono w roku: _____, ew. miejsce (ośrodek): _____   |  |  |   |
| <b>wynik ostatniego badania:</b>  | <input type="checkbox"/> prawidłowy          | <input type="checkbox"/> polipy (zmiany łagodne) | <input type="checkbox"/> rak              |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> inny, jaki _____ |
| <b>3. Czy ktoś z Pana/Pani bliskiej rodziny (tj. ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka) chorował/choruje na raka jelita grubego?</b> |  |  |   |
| <input type="checkbox"/> nie  | <input type="checkbox"/> nie wiem            | <input type="checkbox"/> tak                     |   |
| <i>Jeśli tak należy wskazać członków rodziny, którzy chorują/chorowali ze wskazaniem wieku w chwili rozpoznania:</i>                    |  |  |   |
| <b>Ojciec, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>   | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia     |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Matka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                           | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Brat, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                            | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Siostra, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                         | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia | <input type="checkbox"/> powyżej 60 r. życia   |
| <b>Syn/córka, wiek w chwili rozpoznania nowotworu:</b>                       | <input type="checkbox"/> poniżej 60 r. życia |  |
| <b>4. Czy zażywa Pan/Pani leki „rozrzedzające” (przeciwnkrzepliwe) krew?</b> |  |  |
| <input type="checkbox"/> nie   | <input type="checkbox"/> tak                 | <i>Jeśli tak należy wskazać jakie:</i><br><input type="checkbox"/> acetylosylicylany (np. Aspiryn, Protect, Acard, Polocard)<br><input type="checkbox"/> leki przeciwnkrzepliwe (np. Sintrom, Acenokumarol, Warfin)<br><input type="checkbox"/> leki przeciw płytkowe (np. Plavix, Clopidogrel, Areplex, Trombex, Zylt, Plavocorin)<br><input type="checkbox"/> NOAC - doustne leki przeciwzakrzepowe nowej generacji (np. Dabigatran, Riwaroksaban, Apiksaban, Edoksaban) |
| <b>5. Czy pali Pan/Pani papierosy?</b>                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Tak   | Ile lat: _____                               | Ile papierosów dziennie: _____   |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale paliłem/am w przeszłości                   | Rzuciłem/am: _____ lat temu                  | Paliłem/am: _____ papierosów dziennie  |
| <input type="checkbox"/> Nie, ale jestem biernym palaczem                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Nie, nigdy nie paliłem/am                           |  |  |
| <b>6. Czy choruje Pan/Pani na wymienione poniżej choroby?</b>                |  |  |
| <b>Choroby serca ograniczające codzienną aktywność:</b>                      | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____   |
| <b>Choroby płuc ograniczające codzienną aktywność:</b>                       | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak, jakie: _____   |
| <b>Cukrzyca:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak – od _____ lat  |
| <b>Niewydolność nerek:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak   |
| <b>Padaczka:</b>   | <input type="checkbox"/> nie                 | <input type="checkbox"/> tak   |
| <b>Inne istotne choroby współistniejące:</b>                                 | _____  |  |

Część C. Oświadczenia

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <b>Oświadczenia</b>   |                              |                              |
| Oświadczam, że nie miałem/miałam wykonanej kolonoskopii w okresie ostatnich 10 lat.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany o sposobie przygotowania się do badania oraz otrzymałem/am preparat do oczyszczenia jelita  | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Zostałem/am poinformowany/a o celu badań kolonoskopowych w ”Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”, o znaczeniu wykonywanych badań dla ustalenia rozpoznania oraz o możliwości zrezygnowania z prowadzenia badania w dowolnym momencie, bez jakichkolwiek konsekwencji. | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania kolonoskopowego w „Programie badań przesiewowych raka jelita grubego”.   | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu lub adresu e-mail w celu przekazania informacji o dalszym udziale w programie. | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
|  |                              |                              |
| Miejscowość i data   | Podpis świadczeniobiorcy     |                              |

Część D. Decyzja o kwalifikacji

|                            |   |                              |
|----------------------------|---|------------------------------|
| Kwalifikacja do badania:** | <input type="checkbox"/> tak              | <input type="checkbox"/> nie |
|                            |   |                              |
| Miejscowość i data         | Podpis lekarza kwalifikującego do badania |                              |

Część E. Część informacyjna dla pacjenta.

**1. Kryteria kwalifikacji do programu**

Osoby w wieku:

- 1) 50–65 lat;
- 2) 40–49 lat, które posiadają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

**2. Kryteria wyłączenia**

Osoby, u których:

- 1) występują objawy kliniczne sugerujące nowotwór jelita grubego;
- 2) kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat.

*Profilaktyczne badanie kolonoskopowe wykonane w ramach Programu badań przesiewowych raka jelita grubego jest świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.*

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 ze zmianami większymi niż 15 mm będą kierowane do ich usunięcia w warunkach szpitalnych.

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. Dobre 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 może być wykonane w ośrodku realizującym Program badań przesiewowych raka jelita grubego.

Część F. Wzór zgody

**-Wzór-  
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych**

Nr telefonu:..... (opcjonalnie)

Adres e-mail: ..... (opcjonalnie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1, z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą tradycyjną prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS \* zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....  
Miejscowość i data

.....  
czytelny podpis świadczeniobiorcy

\*dane opcjonalne na podstawie zgody świadczeniobiorcy (określonej w części F)

\*\* jeżeli na pytanie nr 1 była chociaż jedna odpowiedź TAK kwalifikacja pozytywna do badania jest niemożliwa

\*\*\* niepotrzebne skreślić

## Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Materia zawarta w niniejszej regulacji określona była dotychczas w zarządzeniu Nr 168/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne (z późn. zm.), który zgodnie z § 18, z dniem wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, utraci moc obowiązującą.

Regulacje wprowadzone niniejszym zarządzeniem polegają w szczególności na wdrożeniu nowego *Programu badań przesiewowych raka jelita grubego* jako świadczenia gwarantowanego określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1366). W związku z powyższym, dodano załącznik nr 7 do zarządzenia - *Warunki finansowania programu badań przesiewowych raka jelita grubego* wraz z załącznikiem (ankieta dla pacjentów objętych programem badań przesiewowych raka jelita grubego).

Ponadto, w porównaniu do regulacji dotychczas obowiązującej, niniejszym zarządzeniem dokonano korekt w poszczególnych załącznikach do zarządzenia, tj.:

1) w załączniku 1 do zarządzenia dodano zakres świadczeń „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” wraz ze świadczeniami (produktami rozliczeniowymi) – z uwzględnieniem wyceny AOTMiT ze stosownymi korektami (wzrost o 4,5% oraz wzrost wynikający z rekomendacji nr 65 AOTMiT);

2) w załączniku nr 2 do zarządzenia (wzór umowy) dokonano korekt redakcyjnych;

3) w załączniku nr 3 (dotyczącym programu profilaktyki raka szyjki macicy) oraz w załączniku nr 4 (dotyczącym programu profilaktyki raka piersi), dokonano aktualizacji danych epidemiologicznych oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;

4) w załączniku nr 5 do zarządzenia (dotyczącym programu badań prenatalnych), dokonano korekty zapisów dot. certyfikatów potwierdzających kwalifikacje lekarzy wykonujących badania USG płodu oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta;

5) w załączniku nr 6 do zarządzenia (dotyczącym profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)), dokonano korekty w ankiecie o stanie zdrowia świadczeniobiorcy poprzez usunięcie pola ‘poczta’ oraz dokonano korekty wzoru zgody pacjenta.

Projekt zarządzenia zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym, w ramach których uwagi zgłosiło 5 podmiotów. Uwagi uzasadnione zostały uwzględnione w ostatecznej wersji zarządzenia.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.

Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian oszacowano na 82 455 046 zł.