

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"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
<b>Adres zamieszkania</b>	ul.....nr....., miejsowość....., kod pocztowy.....																					
<b>Województwo</b>	.....																					
<b>Dane kontaktowe</b>	Numer telefonu..... Adres e-mail..... Adres do korespondencji (wypełnić jeśli inny niż adres zamieszkania): ul..... nr....., Miejscowość..... 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"/>

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

<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"/>
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 pieczętkę)	.....