**ANKIETA**

„Profilaktyka raka prostaty dla mężczyzn powyżej 40 roku życia zamieszkałych   
na terenie Miasta Zduńska Wola”

NUMER BADANIA LABORATORYJNEGO ………………………………………………………………………………..

*(wypełnia SPZPOZ)*

NUMER BADANIA USG ………………………………………………………………………………………………………..

*(wypełnia SPZPOZ)*

1. **DANE PACJENTA \***

|  |  |
| --- | --- |
| Numer pacjenta  (nadaje SPZPOZ) | …………………../PROSTATA/2024 |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| WIEK |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| ADRES MAILOWY |  |

\*dane niezbędne do kwalifikacji, przekazania wyników badań oraz umówienia wizyty na badanie USG

1. **CZĘŚĆ INFORMACYJNA DLA PACJENTA:**

Łączne kryteria kwalifikacji do skorzystania z bezpłatnych badań:

1. mężczyźni w wieku powyżej 40 lat
2. zamieszkujący na terenie Miasta Zduńska Wola
3. wyrażający zgodę na przetwarzanie swoich danych w ramach realizacji zadania

*Dodatkowe informacje o RAKU PROSTATY wydane pacjentowi w formie ulotki przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia* [*www.planujedlugiezycie.pl*](http://www.planujedlugiezycie.pl)

 

1. **PYTANIA**

Czy w ostatnim miesiącu zdarzyło się Panu, że:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **PYTANIE** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | miał Pan uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po oddaniu moczu |  |  |
| 2 | miał Pan oddać mocz częściej niż co 2 godziny (po wypiciu normalnej ilości płynów) |  |  |
| 3 | zdarzyła się sytuacja nagłej potrzeby oddania moczu? |  |  |
| 4 | oddawał Pan mocz słabym strumieniem |  |  |
| 5 | oddawanie moczu było przerywane („zacinanie się”) |  |  |
| 6 | musiał Pan wstawać w nocy, aby oddać mocz |  |  |
| 7 | oddawał Pan mocz z trudnością i bólem |  |  |
| 8 | wystąpiła krew w moczu |  |  |
| 9 | odczuwa Pan parcie na mocz |  |  |
| 10 | odczuwa Pan bóle w podbrzuszu |  |  |
| 11 | Czy w rodzinie (dziadek, ojciec, brat) zmagał się z chorobą nowotworową |  |  |

1. **Oświadczenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **OŚWIADCZENIA** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Wyrażam zgodę na udział w badaniu laboratoryjnym – badanie PSA |  |  |
| 2 | Wyrażam zgodę na badanie USG |  |  |
| 3 | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym numeru telefonu i/lub adresu mail 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 przekazywaniem 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 poź. zm.) |  |  |
| 4 | Wyrażam zgodę na przesłanie wyniku badania oraz zawiadomienie o badaniu USG - pocztą mailową/ lub drogą SMS |  |  |

Miejscowość i data ………………………………………… …………………………………………………………

podpis czytelny pacjenta