

Ankieta kwalifikująca Pacjenta do badania

Ankieta

Ankieta kwalifikująca na badanie 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-rrrr)																				
PESEL	<table border="1" data-bbox="727 792 1214 857"> <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> </tr> </table>																				
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 paczolat ⁴	
Czy rzucisz palenie?	TAK	NIE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeśli tak ile lat temu	

Narażenie środowiskowe:	TAK	NIE
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"/>

⁴ Liczba paczolat = (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	<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"/>
Czy obecnie chorujesz na:	TAK	NIE
Przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Włóknienie płuc (IPF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nowotwory płuc w rodzinie:	TAK	NIE
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"/>

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 pieczęć)