



Telefon kontaktowy

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

--	--

STATUS OSOBY W CHWILI DEKLARACJI CHĘCI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- *proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

1. Kryteria kwalifikujące (*wybrać jedno z poniższych*):

- wiek od 50 r.ż. do 65 r.ż. niezależnie od wywiadu rodzinnego dotyczącego wystąpienia raka jelita grubego,
- wiek od 40 r.ż. do 49 r.ż. jeśli u Pana/Pani jednego krewnego I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano raka jelita grubego w wieku powyżej 60 r.ż.
- wiek od 25 r.ż. do 49 r.ż. jeśli u Pana/Pani jednego krewnego I stopnia rozpoznano raka jelita grubego w wieku powyżej 60 r.ż. lub jeśli Pan/Pani pochodzi z rodziny, w której występuje Zespół Lyncha (z udokumentowanym potwierdzeniem rozpoznania z poradni genetycznej na podstawie tzw. Kryteriów amsterdamskich i ewentualnego wyniku badania genetycznego).

2. Kryteria dyskwalifikujące:

a) Czy występują u Pana/Pani następujące objawy:

- obecność krwi w stolcu (*jeśli masz hemoroidy – żylaki odbytu zaznacz NIE*)

TAK NIE

- bez powodu powtarzająca się biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach

TAK NIE

- chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana

TAK NIE

b) Czy miał(a) Pan/Pani wykonaną badanie kolonoskopowe w ciągu ostatnich 10 lat

TAK NIE

Uwaga: do Projektu kwalifikują się osoby, które w punkcie 1 zaznaczyły jedno pole, a w punkcie 2 na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE.

Jeżeli nie spełniłeś powyższych warunków nie wypełniaj dalej ankiety.

3. Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

a) Czy ktoś z ww. krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej?

TAK NIE NIE WIEM

b) Jeśli TAK to proszę wypełnić poniższą tabelę:

Pokrewieństwo (np. ojciec)	Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek, itp., nie wiem)	Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie)

4. Wykształcenie:

- niższe niż podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne
- policealne
- wyższe

5. Status na rynku pracy:

a) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

- Osoba długotrwale bezrobotna
- inne

b) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy

- Osoba długotrwale bezrobotna
- inne

c) osoba bierna zawodowo, w tym:



- osoba ucząca się
- osoba uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- inne

d) Osoba pracująca:

- osoba pracująca w administracji rządowej
- osoba pracująca w administracji samorządowej
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej
- osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
- osoba pracująca w MMŚP (mikroprzedsiębiorstwo / małe przedsiębiorstwo / średnie przedsiębiorstwo)
- osoba prowadząca działalność na własny rachunek
- inne

e) Zawód wykonywany (*wypełnia osoba pracująca*):

- instruktor praktycznej nauki zawodu,
- kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,
- nauczyciel kształcenia ogólnego,
- nauczyciel kształcenia zawodowego,
- nauczyciel wychowania przedszkolnego,
- pracownik instytucji rynku pracy,
- pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,
- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej,
- pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej,
- rolnik
- inny



f) Osoba zatrudniona w (*miejsce zatrudnienia*):

6. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI

7. Pochodzenie etniczne:

8. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania

TAK NIE

9. Osoba z niepełnosprawnością

TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI

10. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

TAK NIE

11. Przy odpowiedzi TAK – w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

TAK NIE

12. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

TAK NIE

13. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI

Proszę opisać motywację do udziału w Projekcie (maksymalnie 3 zdania):



STAN ZDROWIA OSOBY W CHWILI DEKLARACJI CHĘCI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

1. Czy rozpoznano u Pan/Pani istotne choroby: serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp.

NIE TAK Jeśli TAK proszę wymienić:

2. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę:

NIE TAK Jeśli TAK: jakiego typu, od ilu lat

3. Czy stosuje Pan/Pani insulinę?

NIE TAK Jeśli TAK: od ilu lat

4. Czy pali Pan/Pani papierosy:

NIE TAK Jeśli TAK: od ilu lat, ile sztuk dziennie

5. Czy w przeszłości palił(a) Pan/Pani papierosy:

NIE TAK

Jeśli TAK: ile lat, ile sztuk dziennie, od ilu lat nie pali

6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan/Pani przewlekle (co najmniej przez 3 miesiące):

a) kwas acetylosalicylowy (np. Acard, Aspiryna, Polocard, Polopiryna)

NIE TAK NIE WIEM

b) acenokumarol (np. Synkumar, Dikumarol)

NIE TAK NIE WIEM

c) warfaryna (np. Warfin, Pradaxa, Xarelto)

NIE TAK NIE WIEM



d) jeden z leków: Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol, itp.

NIE TAK NIE WIEM

7. *Dotyczy tylko kobiet.* Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?

NIE TAK Jeśli TAK: od ile lat

8. Czy istnieje u Pana/Pani zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

NIE TAK

9. Czy podobne objawy jak w punkcie 8 występowały wśród członków Państwa rodziny?

NIE TAK

10. Czy występowały u Pana/Pani objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

NIE TAK Jeśli TAK: jakie

11. Czy choruje Pan/Pani na oczy (jaskra)?

NIE TAK

12. Przebyte operacje brzuszne:

--

13. Uwagi:

--

Data

Podpis

--	--



OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisana(y)

--	--

Nazwisko / Nazwiska

Imię / Imiona

Oświadczam, iż:

zamieszkuję/pracuję/uczę się na obszarze podregionu bialskiego, województwa lubelskiego.

Oświadczam, iż:

posiadam krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci – *właściwe podkreślić*), u których rozpoznano raka jelita grubego;

nie dotyczy.

Oświadczam, iż:

pochodzę z rodziny, w której występuje zespół Lyncha i zobowiązuje się dostarczyć kserokopie potwierdzających dokumentów najpóźniej w dniu badania kolonoskopowego, w przeciwnym razie zostaną skreślony z listy Uczestników Projektu;

nie dotyczy.

Oświadczam, iż:

wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopowego w ramach projektu „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie bialskim”;

wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Projektu;

zapoznałam/zapoznałem się i akceptuję warunki Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa;

kwalifikuję się do uczestnictwa w Programie na podstawie zapisów z Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa;

zostałam/em poinformowana/y, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020;

W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy;

wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

Data

Miejscowość

Czytelny podpis

--	--	--



SKIEROWANIE NA BADANIE KOLONOSKOPOWE

Dane Punktu Rekrutacyjnego:

Pacjenta kwalifikuję / nie kwalifikuję * do bezpłatnego badania kolonoskopowego wraz ze znieczuleniem w ramach projektu pn. „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie bialskim”.

Data

Pieczętka i podpis lekarza

* niewłaściwe skreślić

* właściwe podkreślić