



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Niniejszy formularz zgłoszeniowy dotyczy możliwości uczestnictwa w projekcie pn. „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w powiecie parczewskim” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3 Programy polityki zdrowotnej.

Dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są powierzone Beneficjentowi do przetwarzania w zborze pn. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Nazwisko / Nazwiska

Imię / Imiona

--	--

Data urodzenia

Wiek

Płeć – proszę zakreślić właściwe

--	--	--

--

Kobieta	Mężczyzna
---------	-----------

PESEL

Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania lub pobytu

ulica	nr domu	nr lokalu	miejscowość	kod pocztowy	gmina	powiat

Adres kontaktowy

ulica	nr domu	nr lokalu	miejscowość	kod pocztowy

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 64 r.ż. niezależnie od wywiadu rodzinnego dotyczącego wystąpienia raka jelita grubego,

wiek od 40 r.ż. do 49 r.ż. oraz jeśli u Pana/Pani jednego krewnego I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano raka jelita grubego w wieku powyżej 60 r.ż..

wiek od 30 r.ż. do 49 r.ż. oraz pochodzenie 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

- ołówkowate stolce (*jeśli masz hemoroidy – żylaki odbytu zaznacz NIE*)

TAK NIE

- uczucie niepełnego wypróżnienia (*jeśli masz hemoroidy – żylaki odbytu zaznacz NIE*)

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 jedną odpowiedź, a w punkcie 2 na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE.

Jeżeli nie spełniłeś powyższych warunków nie wypełniaj dalej ankiety.



2. Wykształcenie:

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

3. 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*):

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

- TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI



5. Pochodzenie etniczne:

6. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania

TAK NIE

7. Osoba z niepełnosprawnością

TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI

8. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

TAK NIE

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

TAK NIE

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

TAK NIE

11. 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 (Acard, Aspiryna, Polocard, Polopiryna)

NIE TAK NIE WIEM

b) acenokumarol (Synkumar, Dikumarol)

NIE TAK NIE WIEM

c) warfaryna (Warfin, Pradaxa, Xarelto)

NIE TAK NIE WIEM



d) jeden z leków: Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol
 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. 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 powiecie parczewskim”;

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;

przekażę za pomocą ankiety Beneficjentowi informacje dotyczące mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału oraz telefonicznie 6 miesięcy po zakończeniu projektu);

wszystkie dane zawarte w Formularzu ogłoszeniowym 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 powiecie parczewskim”.

Data

Pieczętka i podpis lekarza

* właściwe podkreślić