

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

telefon kontaktowy:.....

PESEL:

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

wiek:

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE

1. Wykonywany zawód:.....

2. Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe? [] tak [] nie

Jeśli TAK, to jakie? [] nadciśnienie [] cukrzyca [] wrzody żołądka [] wrzodziejące zapalenie jelita grubego

[] choroba Leśniowskiego – Crohna, [] torbielowatość nerek lub wątroby [] torbielowatość jajników [] nadżerki szyjki macicy [] wady lub choroby genetyczne [] przewlekłe zaparcia [] inne.....

3. Czy w Pana/i rodzinie ktoś chorował na nowotwór

[] tak kto (rodzaj pokrewieństwa)?..... jaki nowotwór?.....

[] nie

CZĘŚĆ II – WYWIAD ŚRODOWISKOWY I WYSTĘPOWANIE CZYNNIKÓW RYZYKA

4. Miejsce zamieszkania [] miasto [] wieś

5. Czy w ostatnim czasie znacząco zmieniła się Pana/i masa ciała? [] tak [] nie

6. Czy uprawia Pan/i sport?

[] nie

[] tak - jak często? [] codziennie [] kilka razy w tygodniu [] raz w tygodniu [] raz w miesiącu [] kilka razy w roku

7. Czy pali Pan/i papierosy? [] nie [] tak - od ilu lat?..... ile papierosów dziennie?.....

8. Czy spożywa Pan/i alkohol?

[] nie

[] tak - jak często? [] codziennie [] kilka razy w tygodniu [] raz w tygodniu [] raz w miesiącu [] kilka razy w roku

9. Czy często jada Pan/i tłuste lub grillowane potrawy (smażone, szczególnie na tłuszczach zwierzęcych) oraz żywność wysoko przetworzoną?

[] nie

[] tak - jak często? [] codziennie [] kilka razy w tygodniu [] raz w tygodniu [] raz w miesiącu [] kilka razy w roku

10. Jak często spożywa Pan/i owoce i warzywa?

[] nie

[] tak - jak często? [] codziennie [] kilka razy w tygodniu [] raz w tygodniu [] raz w miesiącu [] kilka razy w roku

11. Czy kiedykolwiek pracował/i Pan/i przy:

a) azbestie [] tak [] nie

d) rozpuszczalnikach [] tak [] nie

b) paliwach [] tak [] nie

e) obróbce drewna [] tak [] nie

c) farbach [] tak [] nie

12. Jak długo w ciągu dnia przebywa Pan/i na słońcu? godzin

13. Czy korzysta Pan/i z solarium

[] nie

[] tak - jak często? [] codziennie [] kilka razy w tygodniu [] raz w tygodniu [] raz w miesiącu [] kilka razy w roku

13. Proszę określić:

- a) Wiek pierwszej miesiączki..... b) Ilość ciąży..... c) Ilość porodów.....
d) Wiek ostatniej miesiączki (jeśli po menopauzie)
e) Stosowanie hormonalnej terapii zastępczej [] tak [] nie
f) Stosowanie środków antykoncepcyjnych [] tak [] nie
g) Liczba partnerów seksualnych.....
h) Wiek rozpoczęcia współżycia płciowego (dotyczy kobiet i mężczyzn!)

14. Czy miał/a Pan/i wykonywane badania profilaktyczne:

- a) Cytologia [] tak [] nie b) kolonoskopia [] tak [] nie
c) Mammografia [] tak [] nie

CZĘŚĆ III – WYWIAD NARZĄDOWY

Układ pokarmowy:

1. Czy odczuwa Pan/i dolegliwości bólowe w obrębie jamy ustnej?

[] nie [] tak opis dokładnej lokalizacji.....

2. Czy odczuwa Pan/i

- a) zaburzenia połykania [] tak [] nie b) oddychania [] tak [] nie
c) ograniczenie ruchomości języka [] tak [] nie

3. Czy zauważył/a Pan/i niepokojące zmiany w jamie ustnej:

- a) Owrzodzenia [] tak [] nie b) Uczucie obecności ciała obcego [] tak [] nie
c) Guzki [] tak [] nie d) Stwardnienia [] tak [] nie
e) Guzy w obrębie szyi [] tak [] nie

4. Czy Pan/i lub Pana/i bliscy zauważyli zmiany w wymowie niektórych wyrazów? [] tak [] nie

5. Czy używa Pan/i protez zębowych? [] nie [] tak - Od kiedy?

6. Czy odczuwa Pan/i bóle brzucha [] nie [] tak - gdzie zlokalizowany?.....,

7. Czy występują nudności i wymioty, które utrzymują się od dłuższego czasu? [] tak [] nie

8. Czy zauważył/a Pan/i zażółcenie skóry i białkówki oczu? [] tak [] nie

9. Czy w ostatnio wykonywanych badaniach występuje pogłębiająca się anemia? [] tak [] nie

10. Czy zauważył/a Pan/i zmianę zabarwienia stolca? [] tak [] nie

11. Czy zauważył/a Pan/i świeżą krew na stolcu lub zmieszaną z nim? [] tak [] nie

12. Czy wystąpiła zmiana rytmu wypróżnień, biegunka na przemian z zaparciami? [] tak [] nie

13. Czy pojawiają się stolce ołówkowate? [] tak [] nie

14. Czy miewa Pan/i uczucie:

- a) niepełnego wypróżnienia [] tak [] nie b) bolesne parcie na stolec [] tak [] nie
c) uczucie ciała obcego w odbycie [] tak [] nie
d) ból bezpośrednio w trakcie oddawania stolca [] tak [] nie

Układ oddechowy:

1. Czy występuje u Pana/i przewlekła chrypka (ponad 3 tygodnie)? [] tak [] nie

2. Czy występują u Pana/i:

a) Duszność [] tak [] nie b) Świszczący oddech [] tak [] nie

c) Uczucie ciała obcego w gardle i za mostkiem? [] tak [] nie

3. Czy występuje u Pana/i przewlekły kaszel, bez objawów infekcji? [] tak [] nie

4. Czy w czasie odkrztuszania wydzieliny zauważył/a Pan/i domieszkę krwi? [] tak [] nie

5. Czy występują u Pana/i częste zapalenia płuc, nawracające infekcje dróg oddechowych? [] tak [] nie

6. Czy występuje u Pana/i ból w klatce piersiowej? [] tak [] nie

Skóra, kości i tkanki miękkie:

1. Czy zauważył/a Pan/i na swojej skórze zmiany które pojawiły się nagle?

a) guzy [] tak [] nie b) brodawki [] tak [] nie c) pieprzyki [] tak [] nie

2. Czy dotychczasowe zmiany skórne zmieniły swój wygląd (wielkość, kolor, kontury), zaczęły krwawić, sprawiać wrażenie wchodzących w głąb skóry? [] tak [] nie

3. Czy odczuwa Pan/i jakiegokolwiek dolegliwości bólowe, niezwiązane z urazami, przeciążeniem stawów, mięśni, chorobami przewlekłymi, infekcjami? [] tak [] nie

4. Czy zauważył/a Pan/i ograniczenie ruchomości w którymkolwiek ze stawów? [] tak [] nie

Układ moczowy:

1. Czy zauważył/a Pan/i krew w moczu? [] tak [] nie

Jeśli tak, czy towarzyszyły mu objawy bólu w okolicy nerek, pęcherza moczowego, gorączka? [] tak [] nie

Układ nerwowy:

1. Czy odczuwa Pan/i: a) zaburzenia równowagi [] tak [] nie

b) zawroty głowy [] tak [] nie c) zaburzenia widzenia? [] tak [] nie

2. Czy występowały niedowłady, zaburzenia czucia na ciele? [] tak [] nie

3. Czy występowały kiedykolwiek napady padaczkowe (szczególnie po raz pierwszy w życiu dorosłym)? [] tak [] nie

4. Czy znajomi lub rodzina zauważyli u Pana/i zmiany zachowania? [] tak [] nie

Pierś:

1. Czy bada Pani samodzielnie piersi? [] tak [] nie

2. Czy zauważyła Pani zwiększającą się asymetrię piersi? [] tak [] nie

3. Czy wyczuwała Pani guza w piersi? [] tak [] nie

4. Czy zauważyła Pani zmiany wyglądu skóry piersi? [] tak [] nie

5. Czy zauważyła Pani wciągnięcie lub owrzodzenie brodawki sutkowej? [] tak [] nie

6. Czy zauważyła Pani wyciek z brodawki sutkowej (samoistny lub pod wpływem ucisku)? [] tak [] nie

7. Czy w ostatnim czasie przebyła Pani zapalenie piersi? [] tak [] nie

8. Czy odczuwa Pani dyskomfort w którejkolwiek pasze, ból pachy? [] tak [] nie

Trzon i szyjka macicy:

1. Czy regularnie wykonuje Pani badania cytologiczne [] tak [] nie

Kiedy ostatnie?..... jakie wyniki?.....

2. Czy w czasie stosunku występują krwawienia z dróg rodnych, niezwiązane z miesiączką? [] tak [] nie

3. Czy występują upławy [] nie [] tak - jaki mają charakter?.....

4. Czy występują krwawienia samoistne z dróg rodnych? [] tak [] nie

5. Czy występują bóle i obrzęki kończyn dolnych? tak nie
6. Czy występują problemy przy oddawaniu moczu? a) uczucie niepełnego oddania moczu tak nie
b) daremne tak nie c) naglące parcie na mocz tak nie
7. Czy występują krwawienia z dróg rodnych poza cyklem miesięczkowym i po okresie menopauzy?
 tak nie
8. Czy występują ropne upławy u kobiet po menopauzie? tak nie
9. Czy występuje: a) uczucie wzdęcia tak nie
b) powiększenie obwodu brzucha (niepasująca, do tej pory noszona odzież typu spodnie, sukienki), tak nie
c) uczucie pełności brzucha? tak nie
10. Czy występują zmiany w obrębie sromu (zapalne, owrzodzenia)? tak nie

Układ płciowy męski:

1. Czy kiedykolwiek był Pan badany palcem przez odbyty? tak nie
2. Czy bada Pan sobie jądra nie tak - jak często?.....
3. Czy występowały częste stany zapalne prącia (zapaleni żołądki, napletka)? tak nie
4. Czy występują objawy w postaci utrudnionego oddawania moczu? tak nie
5. Czy występuje: a) znaczna asymetria jąder tak nie b) ból jąder tak nie
c) niebolesne powiększenie jednego z jąder tak nie
6. Czy występuje owrzodzenie na prąciu, szczególnie żołądki nie tak - od kiedy?.....

CZĘŚĆ IV – BADANIA, HOSPITALIZACJE.

1. Czy w ostatnim roku trafił/a Pan/i do szpitala w trybie pilnym? tak nie

Jeśli tak - z jakimi dolegliwościami i z jakim rozpoznaniem?

.....

2. Czy w ostatnim roku miał Pan/i wykonywane badania (jakie?), szczególnie z pobraniem materiału histopatologicznego? tak nie

Był/a Pan/i na wizycie kontrolnej u lekarza specjalisty? tak nie

CZĘŚĆ V – SUGESTIE PACJENTA ODNOŚNIE ZMIANY STYLU ŻYCIA, WNIOSKI Z ANKIETY I ZALECENIA

1. Co zmienićby/aby Pan/i w swoich przyzwyczajeniach, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego?.....

2. Zalecenia pielęgniarki dotyczące zmiany stylu życia.

.....

3. Analiza ankiety i przyporządkowanie do grupy ryzyka.

**Oświadczam, iż wszystkie wątpliwości dotyczące pytań zawartych w ankiecie zostały wyjaśnione w trakcie jej wypełniania z*

**Oświadczam, iż wszystkie odpowiedzi zawarte w ankiecie są zgodne z prawdą.*

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis pielęgniarki

.....
Data i podpis Lekarza