

# Ankieta

onkologiczno-kardiologiczna



Medyk  
**Onkologia**

CENTRUM  
MEDYCZNE



Czy jest Pan/Pani lub był/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 5 lat .....  Tak  Nie  
leczony/a z powodu nowotworu złośliwego?

Jeśli **Tak** – dziękujemy za udział w badaniu i prosimy o pozostanie pod opieką poradni onkologicznej.

Jeśli **Nie** – prosimy o **wypełnienie ankiety**.

Ankieta służy do oceny zagrożenia chorobami nowotworowymi, kardiologicznymi i metabolicznymi.

Jeśli wyniki ankiety będą wskazywały na konieczność pogłębienia diagnostyki, będziemy się z Panem/Panią kontaktować.

## Dane identyfikacyjne

Imię

Nazwisko

Ulica  Nr domu / mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy  -

Telefon kontaktowy  Data Urodzenia

proszę wypełniać  
**DRUKOWANYMI  
LITERAMI**

Adres e-mail .....@.....

## Część kardiologiczno-metaboliczna

### Czy przebył/a Pani/Pan lub leczy się na:

- Nadciśnienie tętnicze: .....  Tak  Nie  
Jakie było ciśnienie tętnicze krwi przy ostatnim pomiarze? .....
- Niewydolność serca: .....  Tak  Nie  
Czy łatwo się Pan/Pani męczy podczas codziennych zajęć (np. odkurzanie)? .....  Tak  Nie  
Czy odczuwa Pan/Pani duszność? .....  Tak  Nie
- Czy w ostatni czasie zauważył/a Pan/i obrzęki kostek? .....  Tak  Nie
- Migotanie przedsionków (jeśli tak, od kiedy?): .....  Tak Od kiedy? .....  Nie
- Czy odczuwa Pan/Pani nierówne bicie serca? .....  Tak  Nie
- Zawał serca (jeśli tak, kiedy?): .....  Tak Kiedy? .....  Nie
- Stentowanie naczyń (jeśli tak, kiedy?): .....  Tak Kiedy? .....  Nie
- Bajpasy (jeśli tak, kiedy?): .....  Tak Kiedy? .....  Nie
- Dyslipidemia (wysoki cholesterol): .....  Tak  Nie  
Czy dobrze toleruje Pan/Pani leki na cholesterol? .....  Tak  Nie
- Udar mózgowy (jeśli tak, kiedy?): .....  Tak Kiedy? .....  Nie
- Cukrzyca (jeśli tak, od kiedy?): .....  Tak Od kiedy? .....  Nie
- Niewydolność nerek: .....  Tak  Nie
- Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe? .....  Tak  Nie  
Jeśli tak, jakie? .....
- Czy miał/a Pan/i wykonywany profil lipidowy? .....  Tak  Nie  
Jeśli tak - jaki był wynik? (mg/dl) .....  < 70  70-130  > 130  nie wiem

Pytanie dla osób poniżej 40 roku życia:

15. Czy u Pani/Pana ojca zdiagnozowano choroby sercowo-naczyniowe przed 65 r.ż.? .....  Tak  Nie

Pytanie dla osób poniżej 40 roku życia:

16. Czy u Pani/Pana matki zdiagnozowano choroby sercowo-naczyniowe przed 55 r.ż.? .....  Tak  Nie

## Część onkologiczna

Pytania do wszystkich:

1. Czy ktoś z Pana/Pani rodziny chorował/choruje na chorobę nowotworową?  
 Tak  Nie
2. Jak ocenia Pan/Pani swoją aktywność fizyczną?  
 Bardzo dobrze  Dobrze  Źle
3. Czy pali Pani/Pan papierosy?  
 Pali  Palił  Nigdy nie palił
4. Jak często spożywa Pani/Pan alkohol?  
 Wcale  Sporadycznie  Często
5. Jak często jada Pani/Pan tłuste lub smażone potrawy oraz żywność wysoko przetworzoną?  
 Wcale  Sporadycznie  Często
6. Jak często spożywa Pani/Pan owoce i warzywa?  
 Wcale  Sporadycznie  Często
7. Czy pracował/a Pani/Pan przy azbestie, paliwach, farbach, rozpuszczalnikach, obróbce drewna?  
 Tak  Nie
8. Jak często korzysta Pani/Pan z solarium?  
 Wcale  Sporadycznie  Często

Pytanie do kobiet między 50 a 69 rokiem życia:

9. Czy wykonuje Pani regularnie co 2 lata badania mammograficznie piersi?  
 Tak  Nie

Pytanie do kobiet między 25 a 50 rokiem życia:

10. Czy wykonuje Pani regularnie co 3 lata badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy?  
 Tak  Nie

Pytania do mężczyzn powyżej 40 roku życia:

11. Czy ktoś w rodzinie chorował na raka jelita grubego?  
 Tak  Nie  
Jeśli tak, to czy ankietowany wykonał kiedykolwiek badanie kolonoskopowe?  
 Tak  Nie
12. Czy w rodzinie były zachorowania na raka gruczołu krokowego?  
 Tak  Nie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medyczne Medyk sp. z o.o. sp. k. z siedzibą w Rzeszowie, ul. Szopena 1 35-055 Rzeszów, moich danych osobowych udostępnionych przeze mnie w Ankiecie w celu kontaktowym oraz w celu weryfikacji zagrożenia chorobą nowotworową oraz chorobami kardiologicznymi i metabolicznymi oraz w celach diagnostycznych. Oświadczam, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i wiem, że mogę wycofać wyrażoną zgodę.

Data: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | R | R | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Czytelny podpis pacjenta: .....