

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”

Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
Oś Priorytetowa 10 Adopcyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian
Działanie 10.3 Programy profilaktyki zdrowotnej

Data wpływu	
Godzina	
Podpis osoby przyjmującej dokumenty	

Dokumenty należy wypełnić kolorem niebieskim, DRUKOWANYMI LITERAMI!

I. DANE PODSTAWOWE:

1. Nazwisko:
2. Imię/Imiona:
3. Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
4. Data urodzenia: dzień miesiąc rok
5. Nr PESEL:
6. Numer telefonu stacjonarnego:
7. Numer telefonu komórkowego:
8. Adres e-mail:

II. DANE ADRESOWE:

9. **Adres zamieszkania** zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego to - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu:

ulica nr domu nr lokalu

mięscowość kod poczta

powiat województwo

STATUS OSOBY W CHWILI DEKLARACJI CHĘCI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

1. Kryteria kwalifikujące (wybrać jedno z powyższych)

- ☐ wiek od 50 r.ż. – do 65 r.ż.
- ☐ 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
- ☐ wiek od 25 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 formularza.

10. Poziom wykształcenia(ostatnio ukończona szkoła):

- ☐
- ☐ brak (brak formalnego wykształcenia)
- ☐ podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
- ☐ gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
- ☐ ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)
- ☐ policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
- ☐ wyższe krótkiego cyklu (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim i doktoranckim)
- ☐ wyższe licencjackie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)
- ☐ wyższe magisterskie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)
- ☐ wyższe doktoranckie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)

III. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:

☐ **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy**

Za osobę bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy rozumie się osobę, pozostającą bez pracy gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy

- ☐ osoba długotrwale bezrobotna (Za osobę długotrwale bezrobotną rozumie się osobę, która w zależności od wieku: - osoby powyżej 25 lat - pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
- ☐ inne

☐ **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy**

- ☐ osoba długotrwale bezrobotna (Za osobę długotrwale bezrobotną rozumie się osobę, która w zależności od wieku: - osoby powyżej 25 lat - pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
- ☐ inne

☐ **Jestem osobą bierną zawodowo**

Za osobę bierną zawodowo rozumie się osobę, która w danej chwili nie tworzy zasobów sił roboczych (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna)

- ☐ osoba ucząca się
- ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ inne

☐ **Jestem osobą pracującą**

- ☐ 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

Zawód wykonywany (wypełnia osoba pracująca):

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

Miejsce zatrudnienia (nazwa firmy oraz adres wykonywania pracy)

IV. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

☐ **Jestem osobą z niepełnosprawnościami**

(Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.)

☐ Odmowa podania informacji

☐ **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**

(Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: araimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski)

☐ Odmowa podania informacji

☐ **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

(Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)
2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)
3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)
4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe -lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

☐ **Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**

(Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo)

☐ **w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu**

(Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)

☐ **Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**

(Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat.)

☐ **Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**

(Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.).

V. Stan zdrowia osoby w chwili deklaracji chęci przystąpienia do projektu

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):

1. kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna, Polocard, Polopiryna)

☐ NIE ☐ TAK ☐ NIE WIEM

2. acenokumarol (Synkumar, Dikumarol)

☐ NIE ☐ TAK ☐ NIE WIEM

3. warfaryna (Warfin, Pradaxa, Xarelto)

☐ NIE ☐ TAK ☐ NIE WIEM

4. 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. 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:

*Pouczony/pouczona o odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zawarte w złożonym przeze mnie formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą**

.....
Data, Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Dane Punktu Rekrutacyjnego:

Pacjenta kwalifikuję / nie kwalifikuję (właściwe podkreślić) do bezpłatnego badania kolonoskopowego w ramach projektu pn. „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”.

.....
Data, Czytelny podpis lekarza

* Poucza się, że osoba składająca formularz zgłoszeniowy w projekcie winna podać wszystkie dane wskazane w formularzu zgodnie ze stanem faktycznym istniejącym w momencie jego składania. Podanie danych niezgodnych z prawdą będzie rodzić po stronie podającego nieprawdziwe dane odpowiedzialność cywilną względem poszkodowanego.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

1. Oświadczam, że decyduję się na udział w projekcie „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”.
2. Zapoznałam/em się z kryteriami kwalifikacyjnymi, warunkami i zasadami uczestnictwa udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
3. Zostałam/am poinformowany/a że Projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, 10 Adopcyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działanie 10.3 Programy profilaktyki zdrowotnej.
4. Oświadczam, że jestem osobą spełniającą kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie zgodnie z § 3 Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.
5. Zobowiązuję się do systematycznego i aktywnego udziału we wszystkich usługach przewidzianych w ramach Projektu oraz do ukończenia szkolenia.
6. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.
7. Zostałam/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
8. Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopowego w ramach projektu, na udział w badaniach ankietowych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu.
9. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Lidera/Partnera projektu, stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu/.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.).
11. Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....
miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZBIORACH:

ZBIÓR NR 1: Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,

ZBIÓR NR 2: Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu białskiego” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:

- a. Województwo Lubelskie z siedzibą w Lublinie przy ul. Grottgera 4 dla zbioru nr 1.
- b. Minister Infrastruktury i Rozwoju z siedzibą w Warszawie, przy ul. Pl. Trzech Krzyży 3/5 dla zbioru nr 2.

2) podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 oraz art. 27 ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:

- a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
- b. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r.,
- c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. poz. 1146 z późn. zm.),
- d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r.
- e. Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020 (MIiR/H 2014-2020/13(01)/04/2015),
- f. Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 (MIiR/H 2014-2020/6(01)/03/2015),

3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:

- a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
- b. zarządzania, kontroli, audytu, ewaluacji, sprawozdawczości i raportowania w ramach Programu oraz zapewnienia realizacji obowiązku informacyjnego dotyczącego przekazywania do publicznej wiadomości informacji o podmiotach uzyskujących wsparcie z funduszy polityki spójności w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.

4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości otrzymania wsparcia w ramach projektu,

5) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji,

6) w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy,

7) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

OŚWIADCZENIE OTRZYMANIA PREPARATU PRZYGOTOWUJĄCEGO DO BADANIA KOLONOSKOPOWEGO

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania¹
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Ja niżej podpisan(y)/a oświadczam, że otrzymał(em)/am nieodpłatnie preparat przygotowujący do badania kolonoskopowego, zostałem poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych i zapoznałem się z instrukcją przygotowania się do bezpłatnego badania kolonoskopowego w ramach projektu projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”.

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

¹ W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza Zgłoszeniowego.

**INFORMACJA I ŚWIADOMA ZGODA UCZESTNIKA/CZKI
NA WYKONANIE BADANIA KOLONOSKOPOWEGO Z ZASTOSOWANIEM ŚRODKÓW
ANESTETYCZNYCH**

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania¹
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

I. Informacja dla pacjenta

Proszę zapoznać się z poniżej przedstawionymi informacjami. W okresie poprzedzającym zaplanowany zabieg operacyjny spotkać się Państwo z lekarzem anestezjologiem, który po rozmowie, badaniu oraz zapoznaniu się z dostarczoną przez Państwa dokumentacją podejmie decyzję o rodzaju znieczulenia oraz wyjaśni ewentualne wątpliwości.

Obawę przed operacją jesteśmy w stanie zmniejszyć za pomocą leków uspokajających, jako tzw. premedykacja. **Premedykację** podaje się ok. 1 godz. przed znieczuleniem. Jej działanie powoduje zmniejszenie lęku, senność oraz pewien rodzaj niepamięci.

Rozumiem poniższe informacje:

Znieczulenia można umownie podzielić na ogólne i regionalne (tzw. przewodowe).

1. Znieczulenie ogólne (potocznie zwane „narkozą”):

polega na czasowym „uśpieniu” pacjenta na okres zabiegu operacyjnego;

środek nasenny podaje się zazwyczaj dożylnie, rzadko do oddychania przez maskę;

po zaśnięciu pacjenta lekarz anestezjolog kontynuuje podawanie leków nasennych i przeciwbólowych, najczęściej przejmuje również oddychanie, wkładając do tchawicy rurkę i podłączając chorego do respiratora oraz stosując leki porażające mięśnie. Przez cały czas trwania operacji anestezjolog jest obecny w pobliżu pacjenta, nadzoruje jego stan i monitoruje funkcje życiowe.

d) do niektórych rodzajów zabiegów konieczne jest założenie dodatkowych elementów monitorowania oraz kaniul dożylnych. Zazwyczaj odbywa się to już po zaśnięciu chorego.

2. Powikłania:

Z wykonaniem **znieczulenia ogólnego** może wiązać się wystąpienie powikłań. Ogromna większość potencjalnych powikłań

¹ W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



ma charakter lekkich i przemijających dolegliwości, niepozostawiających uszczerbku na zdrowiu pacjenta. W literaturze wymienia się następujące powikłania (wg częstości występowania):

- ból gardła, uczucie drapania
- trudności w przełykaniu
- uczucie braku powietrza i trudności w oddychaniu
- nudności i wymioty
- trudności z utrzymaniem drożności dróg oddechowych i związane z tym uszkodzenia zębów, warg, języka
- nietypowe reakcje na leki anestezjologiczne
- niedotlenienie organizmu związane z trudnościami w wentylacji
- gorączka złośliwa
- zgon z przyczyn anestezjologicznych.

Przy znieczuleniu wykonywanym zgodnie z obowiązującymi zasadami najcięższe powikłania są niezmiernie rzadkie. Ryzyko tego rodzaju powikłań jest wyższe w przypadku pacjentów obciążonych poważnymi schorzeniami ogólnymi, natomiast w przypadku pacjentów z grupy niskiego ryzyka jest minimalne, nie można go jednak całkowicie wykluczyć

3. Znieczulenie regionalne (przewodowe) pozwala uniknąć znieczulenia ogólnego i jego działań niepożądanych.

Doskonale znosi ból w okresie pooperacyjnym i zmniejsza zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe, a tym samym zmniejsza ryzyko wystąpienia ich działań ubocznych. To nowoczesna

i najbezpieczniejsza metoda anestezji. Polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolice nerwów, spłotów nerwowych lub rdzenia kręgowego. Powoduje to przejściowe zablokowanie funkcji tych nerwów, dając zniesienie czucia i osłabienie lub całkowitą utratę siły mięśniowej w wydzielonej okolicy ciała.

4. Nie każdy zabieg operacyjny może zostać przeprowadzony w znieczuleniu regionalnym. Niekiedy znieczulenie regionalne jest wykonywane razem ze znieczuleniem ogólnym (narkozą).

Znieczulenie podpajęczynówkowe (rdzeniowe) oraz zewnątrzoponowe to najczęściej wykonywane **znieczulenia regionalne**. Anestezjolog przez specjalną igłę wkłuwaną w plecy podaje lek miejscowo znieczulający w okolicę korzeni nerwowych i rdzenia kręgowego. Ważne jest, aby w trakcie wykonywania znieczulenia przewodowego pacjent nie poruszał się gwałtownie i współpracował z lekarzem wykonując jego polecenia, gdyż w przeciwnym wypadku wykonanie nakłucia może być niemożliwe lub może dojść do powikłań. Podany lek powoduje przejściową utratę czucia w dolnej połowie ciała - brzuch, podbrzusze, nogi, czasem również klatka piersiowa. Ponadto możliwe jest również podanie niewielkiej dawki leków nasennych dożylnie tak, aby w trakcie zabiegu pacjent spał i nie denerwował się dźwiękami dochodzącymi z sali operacyjnej.

6. Po powyższych znieczuleniu mogą wystąpić następujące **powikłania**:

- bóle głowy
- nudności i wymioty
- spadek ciśnienia tętniczego
- trudności z oddawaniem moczu
- bóle okolicy lędźwiowej
- przejściowe podrażnienie nerwów objawiające się zaburzeniami czucia, mrowieniem lub osłabieniem kończyn
- reakcje uczuleniowe na leki

- zakażenie

Do tego typu znieczuleń nie kwalifikują się pacjenci z zaburzeniami krzepnięcia krwi.

7. Innymi rodzajami **znieczuleń regionalnych są: blokady splotów nerwowych i poszczególnych nerwów.** Do najczęściej wykonywanych należy blokada splotu barkowego. Jest stosowana do zabiegów na kończynie górnej i polega na podaniu leku miejscowo znieczulającego w okolicy szyi lub pachy. Dokładne omówienie wszystkich rodzajów blokad przekracza możliwości tego opracowania. Lekarz wykonujący znieczulenie szczegółowo Państwa poinformuje o technice znieczulenia i możliwych powikłaniach.

8. Do powikłań powyższych znieczuleń regionalnych należą:

- reakcje uczuleniowe na leki lub zatrucie lekami
- krwiak okolicy wkłucia
- odma opłucnowa, czyli niezamierzone przedostanie się powietrza do klatki piersiowej

9. Lekarz wyjaśnił mi na czym polega znieczulenie, rozmawialiśmy o jego zaletach i wadach, o ryzyku powikłań z nim związanych. Jakkolwiek niemożliwe jest, aby lekarz powiedział mi o wszystkich możliwych — komplikacjach, odpowiedział na moje pytania i jego odpowiedzi mnie satysfakcjonują. Podpisując zgodę na znieczulenie jednocześnie oświadczam, że przeczytałam/tem tekst niniejszej zgody/ lub został mi on przeczytany, w pełni go rozumiem, zdaję sobie sprawę z korzyści, ryzyka i możliwości komplikacji związanych ze znieczuleniem.

Decyduję się na rodzaj znieczulenia wymieniony powyżej, który wskażę poprzez złożenie mojego podpisu.

10. Oświadczam, że podczas wywiadu lekarskiego nie zataiłem/łam istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia oraz przebytych chorób.

II Zgoda na znieczulenie

1. Zgadzam się* na zaproponowane znieczulenie a w sytuacji podyktowanej względami medycznymi zgadzam się na zmianę rodzaju znieczulenia. **Dokładnie przeczytałem/am powyższe oraz informację: „Co to jest znieczulenie?”**. Rozumiem ich treść.

Udzieliłem/ am wyjaśnień dotyczących znieczulenia wyżej wymienionej osobie. W moim przekonaniu osoba ta zrozumiała treść przekazanych.

2. Nie wyrażam zgody* na proponowane znieczulenie i zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych i skutkach takiej decyzji dla mojego zdrowia.

Badanie będzie realizowane w ramach projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”.

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

* podkreślić właściwe

ŚWIADOMA ZGODA UCZESTNIKA/CZKI
NA WYKONANIE BADANIA KOLONOSKOPOWEGO Z ZASTOSOWANIEM ŚRODKÓW
SEDATYWNYCH- USPOKAJAJĄCYCH

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania¹
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Ja niżej podpisan(y)/a wyrażam dobrowolną zgodę na wykonanie badania kolonoskopowego z zastosowaniem środków sedatywnych – uspokajających oraz zostałem poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych.

Badanie będzie realizowane w ramach projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu białskiego”.

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

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK proszę wymienić:

--

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

¹ W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.

OŚWIADCZENIE O WYKONANIU BADANIA

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania¹
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Ja niżej podpisan(y)/a oświadczam, że odbył(em)/am bezpłatne badanie kolonoskopowe (wraz ze znieczuleniem lub sedacją²) w ramach projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego” w dniu

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

¹ W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.

² Skreślić, jeżeli badanie zostało przeprowadzone bez sedacji lub/i znieczulenia.

**OŚWIADCZENIE O ODBIORZE OSOBY PO WYKONANYM BADANIU
KOLONOSKOPOWYM Z ZASTOSOWANIEM ŚRODKÓW SEDATYWNYCH LUB
ANESTETYCZNYCH**

Ja niżej podpisan(y)/a oświadczam, że przejmuję opiekę nad pacjentem, u którego wykonano badanie kolonoskopowe z użyciem środków sedatywnych lub anestetycznych¹, w ramach projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego”:

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania²
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

¹ Skreślić niewłaściwe

² W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.

OŚWIADCZENIE O UDZIALE W INDYWIDUALNYM SPOTKANIU EDUKACYJNYM

Nazwisko i imię Uczestnika/czki Projektu

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

PESEL

Adres zamieszkania¹
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Ja niżej podpisan(y)/a oświadczam, że brał(em)/am udział w indywidualnym spotkaniu edukacyjnym w ramach projektu „Program kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego kierowanych do mieszkańców podregionu bialskiego” w dniu

.....
Miejscowość, Data

.....
Czytelny Podpis

¹ W przypadku osób zamieszkałych po za obszarem realizacji projektu tj. powiaty bialski, parczewski, radzyński, włodawski, m. Biała podlaska a pracujące na danym obszarze prosimy o wstawienie miejsca wykonywania pracy – zgodnie z zapisami Formularza zgłoszeniowego.