

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII NISKODAWKOWEJ

w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

Pacjent	<input type="text"/>	Adres	<input type="text"/>
			Prosimy o podanie kodu pocztowego
Urodz.:	<input type="text"/>	Powiat	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Województwo	<input type="text"/>
		Kontakt	<input type="text"/>
			Prosimy o podanie telefonu oraz e-maila

Lekarz kierujący:
(prosimy o podanie telefonu i adresu e-mail'a)

Przychodnia kierująca / oddział kierujący:
(prosimy podanie pełnej nazwy i adresu)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka

Palenie papierosów <input type="checkbox"/>	Narażenie środowiskowe:	Nowotwory w rodzinie:	
Ile lat: <input type="text"/>	Życie w mieście przemysłowym <input type="checkbox"/>	płuc <input type="checkbox"/>	inne <input type="checkbox"/>
Szt./dobę: <input type="text"/>	Promieniowanie jonizujące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzice <input type="checkbox"/>
Paczkołata: <input type="text"/>	Arsen, ołów, chrom, nikiel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzeństwo <input type="checkbox"/>
Rzucił palenie:	Azbest <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dzieci <input type="checkbox"/>
Ile temu <input type="text"/>	Przetwórstwo ropy naftowej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dziadkowie <input type="checkbox"/>
Inne narażenia na dym tytoniowy:	Przetwórstwo węgla <input type="checkbox"/>	Choroby układu oddechowego	
Fajki, cygara <input type="checkbox"/>	Inne narażenie na sadzę <input type="checkbox"/>	Przewlekłe zapalenie oskrzeli <input type="checkbox"/>	
Palenie bierne <input type="checkbox"/>	Inne <input type="text"/>	Astma oskrzelowa <input type="checkbox"/>	
		Pogruźlicze zmiany w płucach <input type="checkbox"/>	
		Inne <input type="text"/>	

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej

endomed® ul. Kilińskiego 6, 26-600 Radom
tel. 606 169 634, 606 169 637
48 340 02 35 wew. 2; 48 340 02 36 wew. 2

Podpis i pieczęć lekarza kierującego

– Wyrażam zgodę na udział w programie oraz wykonanie badania tomografii niskodawkowej w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca, prowadzonego w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (podstawa prawna: ustawa z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu wieloletniego programu Zwalczania Chorób nowotworowych, Dz.U. Nr 143, poz. 1200).

– Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.

– Oświadczam, że nie chorowałem na choroby płuc w przeciągu ostatnich pięciu lat i nie miałem wykonywanych badań radiologicznych (zdjęcia radiologiczne, tomografia komputerowa).

– Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 101 z 2002 roku, poz. 926 z późn. zm.) przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, za pośrednictwem portalu internetowego Krajowego Rejestru Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca w zakresie niezbędnym do uczestniczenia w programie jako badany, dokonywanie za jej pośrednictwem oceny stanu mojego zdrowia na podstawie, wykonanej tomografii niskodawkowej klatki piersiowej oraz korzystania z jego pozostałych funkcjonalności. Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz ich zmiany oraz, że udzieloną powyżej zgodę na dalsze wykorzystanie danych osobowych mogę w każdym czasie odwołać ze skutkiem na przyszłość.

Podpis pacjenta