**ANKIETA DLA KOBIET OBJĘTYCH POPULACYJNYM PROGRAMEM WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA SZYJKI MACICY**

Symbol badania: ..... Data badania: .....

Nr identyfikacyjny badania: .....

***Dane osobowe:***

1. Nazwisko: ..... 2. Imię: .....

3. PESEL: /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../ 4. Data urodzenia: .....

5. Adres zamieszkania: miejscowość……....., ul. ..... nr…....

kod pocztowy ☐☐ – ☐☐☐ , poczta ……

6. Powiat: ..... 7.Gmina/Dzielnica: .....

8. Nr telefonu : .....

9. Czy wyraża Pani zgodę na przekazywanie informacji poprzez SMS lub e-mail? ☐ nie ☐ tak

10. Nr telefonu komórkowego: ..... 11. Adres e-mail: .....

12. Zajęcie: ☐ uczeń ☐ pracownik umysłowy ☐ pracownik fizyczny
☐ rolnik ☐ emeryt/rencista ☐ inny

13. Wykształcenie: ☐ niepełne/podstawowe ☐ podstawowe ☐ zas. zawodowe
☐ średnie ☐ niepełne wyższe ☐ wyższe

14. Informację o badaniach profilaktycznych uzyskała Pani od:
- ☐ lekarz POZ
- ☐ lekarz specjalista
- ☐ położna lub pielęgniarka środowiskowa
- ☐ prasa, radio, telewizja, Internet
- ☐ zaproszenie SMS
- ☐ imienne zaproszenie otrzymane pocztą
- ☐ inne źródła, jakie? .....

15. Pierwsza miesiączka (wiek): ..... ostatnia miesiączka (wiek lub dokładna data): .....

16. Liczba porodów: .....

17. Czy pali Pani papierosy lub inne wyroby tytoniowe? ☐ nie ☐ tak ☐ przestała

18. Czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? ☐ nie ☐ tak

19. Czy przechodziła Pani hormonoterapię? ☐ nie ☐ tak

20. Czy stosuje Pani IUD? ☐ nie ☐ tak

21. Data ostatniego badania cytologicznego: ..... wynik .....

22. Obecność DNA HPV wysokiego ryzyka: ☐ nie ☐ tak

23. Ocena makroskopowa szyjki macicy:
- ☐ stan zapalny
- ☐ nadżerka (ektopia)
- ☐ przerost
- ☐ polip
- ☐ owrzodzenie
- ☐ kłykcina (brodawczak)
- ☐ zniekształcenie
- ☐ martwica
- ☐ guz (naciek)
- ☐ inne

24. Uwagi: .....

..... .....
(podpis i pieczątka lekarza wykonującego badanie)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przesyłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS*** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

..... .....
**(miejscowość, data)** **(podpis pacjentki)**

F 0100 Wysłano do pracowni dnia: .....