

SKIEROWANIE NA BADANIE TOMOGRAFII NISKODAWKOWEJ



w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

CENTRUM MEDYCZNE

Pacjent:

Urodzony:

PESEL:

Adres:

Kod: - Miasto:

Powiat:

Województwo:

Kontakt:
Prosimy o podanie telefonu oraz e-mail

Lekarz kierujący
(prosimy o podanie telefonu i e-mail)

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

CZNNIKI RAKOTWÓRCZE I CZNNIKI RYZYKA

PALENIE PAPIEROSÓW

Ile lat:

szt./dobę:

Paczkolata:

Rzucił palenie:
ile lat temu:

NARAŻENIA ŚRODOWISKOWE:

Życie w mieście przemysłowym

Promieniowanie jonizujące

Arsen, ołów, chrom, nikiel

Azbest

Przetwórstwo ropy naftowej

Przetwórstwo węgla

Inne narażenie na sadzę

Inne

NOWOTWORY W RODZINIE:

| płuc | | inne |
|--------------------------|------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Rodzice | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Rodzeństwo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Dzieci | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Dziadkowie | <input type="checkbox"/> |

INNE NARAŻENIA NA DYM TYTONIOWY:

fajki, cygara

palenie bierne

CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO:

Przewlekłe zapalenie oskrzeli

Astma oskrzelowa

Pogruźlicze zmiany w płucach

Inne:

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

- Oddział Diagnostyczny CENTRUM, Warszawa, al. Solidarności 128
- Oddział Diagnostyczny ZACISZE, Warszawa, ul. Gilarska 86c

W celu umówienia się na bezpłatne badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej prosimy o kontakt pod nr telefonu (22) 431 35 53.

Rejestracja odbywa się telefonicznie od poniedziałku do piątku w godz.: 8.00 - 16.00

.....

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 Zwalczenia Chorób Nowotworowych (podstawa prawna: ustawa z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu wieloletniego programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, Dz.U. Nr 143, poz. 1200).
- Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.
- Oświadczam, że nie miałem wykonywanych badań tomografii klatki piersiowej w przeciągu ostatniego roku.
- 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, dokonywania 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

WSKAZÓWKI DOJAZDU

DO ODDZIAŁU DIAGNOSTYCZNEGO CENTRUM – AL. SOLIDARNOŚCI 128, WARSZAWA

tel. **(22) 431 35 53**

- z Dworca Centralnego (bezpośrednio) do Oddziału Diagnostycznego CENTRUM:
TRAMWAJ 24
- w kierunku Nowe Bemowo
(przystanek Zajezdnia Wola)



- z Dworca Zachodniego (z przesiadką) do Oddziału Diagnostycznego CENTRUM:
Autobus 523 (z Dworca Zachodniego – w kierunku Stare Bemowo - do Osiedle Wolska)
Tramwaj 26 (z Osiedle Wolska – w kierunku Ratusz Arsenal - do Zajezdnia Wola) lub
Tramwaj 27 (z Osiedle Wolska – w kierunku Metro Marymont - do Zajezdnia Wola)

DO ODDZIAŁU DIAGNOSTYCZNEGO ZACISZE – GILARSKA 86C, WARSZAWA

tel. **(22) 431 35 53**

- Z Dworca Wileńskiego do Oddziału Diagnostycznego ZACISZE:
Autobus 512
- w kierunku Gilarska
(przystanek Rolanda)

