

.....  
data rozpoczęcia udziału w projekcie

.....  
data zakończenia udziału w projekcie

.....  
data rozpoczęcia udziału we wsparciu

.....  
data zakończenia udziału we wsparciu

## **ANKIETA KWALIFIKACYJNA NA BADANIA**

**w ramach realizacji projektu „WIEM, BADAM SIĘ, ZAPOBIEGAM” – badania dla mieszkańców powiatu koszalińskiego w kierunku wykrywania raka jelita grubego.**

UCZESTNIK INDYWIDUALNY

PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU

..... NAZWA INSTYTUCJI

Nazwisko ..... Imię.....

PESEL ..... Wiek w chwili przystąpienia do projektu .....

Płeć: Kobieta  Mężczyzna

Wykształcenie:  gimnazjalne  niższe niż podstawowe  podstawowe  policealne  ponadgimnazjalne  wyższe

Adres zamieszkania: Kraj:.....Województwo: .....Powiat: .....

Gmina ..... Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

Ulica..... Nr budynku/lokalu.....

Obszar wg stopnia urbanizacji:  2 (gm.Sianów)  3 (gm.: Będzino,Biesiekierz,Bobolice,Manowo,Mielno,Polanów,Świeszyno)

Nr telefonu ..... adres e-mail: .....

### 2. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ew. urzędów pracy

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ew. urzędów pracy

Osoba bierna zawodowo

Osoba pracująca, w tym:

w administracji rządowej  w administracji samorządowej  inne  os. pracująca w MMŚP

os.pracująca w org.pozarząd. os.prowadz.działalność na wł.rachunek  os. pracująca w dużym przedsiębiorstwie

### 3. Wykonywany zawód:

inny

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

4. Zatrudniony w: .....

5. Osoba z niepełnosprawnościami:  TAK  NIE  odmowa podania informacji

6. Rodzaj przyznanego wsparcia:

opieka nad dzieckiem do 3 lat/ refundacja opieki nad dziećmi do lat 7 lub inną osobą zależną

7. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, os. obcego pochodzenia:

TAK  NIE  odmowa podania informacji

8. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

TAK  NIE

9. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

TAK  NIE

10. W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

TAK  NIE

11. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej os. dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

TAK  NIE

12. Osoba w innej niekorzystanej sytuacji społecznej

TAK  NIE  odmowa podania informacji

### INFORMACJE:

1. Czy wykonywano Panu/Pani badanie kolonoskopowe (endoskopię jelita grubego)?

NIE  TAK, kiedy czy badano całe jelito, czy znaleziono nowotwór lub polipy?.....

2. Czy w Pana/Pani rodzinie występowały nowotwory jelita grubego?

NIE  TAK, stopień pokrewieństwa z osobą chorą .....

### 3. Czy występują u Pana/Pani:

a) zmiana rytmu wypróżnień  NIE  TAK (np. dotychczas były zaparcia, a od niedawna skłonność do biegunek, lub odwrotnie?)

b) nieregularne wypróżnianie  NIE  TAK

b) utrata masy ciała  NIE  TAK

c) niedokrwistość (anemia)  NIE  TAK

d) krew w stolcu  NIE  TAK

4. Czy choruje Pan/Pani na cukrzycę?  NIE  TAK

5. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu?  NIE  TAK

6. Czy prowadzi Pan/Pani siedzący tryb życia?  NIE  TAK

7. Czy uprawia Pan/Pani sport regularnie min. 2 razy w tygodniu?  NIE  TAK

8. Czy rozpoznano u Pana/Pani Zespół Lyncza - HNPCC?  
(rodzinnie występujący rak jelita grubego niezwiązany z polipowością)  NIE  TAK

9. Czy cierpi Pan/Pani na otyłość?  NIE  TAK

10. Czy stosuje Pan/Pani dietę wysokowęglowodanową?  NIE  TAK

11. Czy przyjmuje Pan/Pani leki hormonalne?  NIE  TAK

(jeżeli TAK, jakie, jak długo .....

### ZAZNACZ!



**DEKLARUJĘ CHĘĆ WZIĘCIA UDZIAŁU W BEZPŁATNYCH BADANIACH**

Data..... Czytelny podpis.....

### ! WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL PLACÓWKI MEDYCZNEJ !

1. Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:

- inne
- os. kontynuuje zatrudnienie
- os. nabyła kompetencje
- os. nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie
- os. podjęła kształcenie lub szkolenie
- os. podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własną rękę
- os. poszukująca pracy
- os. poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowywaniem dziecka
- os. pracująca/prowadząca działalność na własny rachunek po przerwie zw. z urodzeniem/wychowywaniem dziecka
- os. uzyskała kwalifikacje
- sytuacja w trakcie monitorowania

2. Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa?

NIE  TAK