**IFORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

*Niniejszy dokument dotyczy projektu pn. „****Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie puławskim*** *” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania10.3 Programy polityki zdrowotnej.*

*Dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są powierzone Beneficjentowi do przetwarzania w zbiorze pn. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020*

Nazwisko / Nazwiska Imię / Imiona

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Data urodzenia Wiek Wzrost Waga Płeć – *proszę zakreślić właściwe*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Kobieta | Mężczyzna |

PESEL Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Miejsce zamieszkania  
□** Wieś **□** Miasto do 50 tyś. mieszkańców **□** Miasto 50 - 100 tyś. mieszkańców  
**□** Miasto 100 - 250 tyś. mieszkańców **□** Miasto powyżej 250 tyś. Mieszkańców

Adres zamieszkania lub pobytu

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ulica | nr domu | nr lokalu | miejscowość | kod pocztowy | gmina | Powiat |
|  |  |  |  |  |  |  |

Adres kontaktowy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ulica | nr domu | nr lokalu | miejscowość | kod pocztowy | gmina | Powiat |
|  |  |  |  |  |  |  |

Telefon kontaktowy Adres poczty elektronicznej (e-mail)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**STATUS OSOBY W CHWILI DEKLARACJI CHĘCI PRZYSTĄPIENIA  
DO PROJEKTU**

- *proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

1. Kryteria kwalifikujące (*wybrać jedno z poniższych*):

**□** wiek od 50 r.ż. do 65 r.ż. niezależnie od wywiadu rodzinnego dotyczącego wystąpienia raka jelita grubego,

**□** wiek od 40 r.ż. do 49 r.ż. jeśli u Pana/Pani jednego krewnego I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) rozpoznano raka jelita grubego w wieku powyżej 60 r.ż.

**□** wiek od 25 r.ż. do 49 r.ż. jeśli u Pana/Pani jednego krewnego I stopnia rozpoznano raka jelita grubego w wieku powyżej 60 r.ż. lub jeśli Pan/Pani pochodzi z rodziny, w której występuje Zespół Lyncha z udokumentowanym potwierdzeniem rozpoznania z poradni genetycznej na podstawie tzw. Kryteriów amsterdamskich i ewentualnego wyniku badania genetycznego).

1. 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

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 jedno pole, a w punkcie 2 na wszystkie powyższe pytania odpowiedziały NIE Jeżeli nie spełniłeś powyższych warunków nie wypełniaj dalej ankiety.*

1. Dane o krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci):

a) Czy ktoś z ww. krewnych miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej?

**□** TAK **□** NIE **□** NIE WIEM

b) Jeśli TAK to proszę wypełnić poniższą tabelę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pokrewieństwo (np. ojciec) | Lokalizacja nowotworu (np. odbytnica, żołądek, itp., nie wiem) | Wiek tej osoby, gdy rozpoznano nowotwór (może być orientacyjnie) |

**4. Wykształcenie:**

**□** niższe niż podstawowe

**□** podstawowe

**□** gimnazjalne

**□** ponadgimnazjalne

**□** policealne

**□** wyższe

**5. Status na rynku pracy:**a) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  
**□** Osoba długotrwale bezrobotna  
**□** inne

b) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  
**□** Osoba długotrwale bezrobotna  
**□** inne

c) osoba bierna zawodowo, w tym:

**□** osoba ucząca się

**□** osoba uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

**□** inne

d) Osoba pracująca:

**□** 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

e) Zawód wykonywany (*wypełnia osoba pracująca*):

**□** instruktor praktycznej nauki zawodu,

**□** kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej,

**□** nauczyciel kształcenia ogólnego,

**□** nauczyciel kształcenia zawodowego,

**□** nauczyciel wychowania przedszkolnego,

**□** pracownik instytucji rynku pracy,

**□** pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia,

**□** pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej,

**□** pracownik instytucji szkolnictwa wyższego,

**□** pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej,

**□** pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej,

**□** rolnik

**□** inny

f) Osoba zatrudniona w (*miejsce zatrudnienia*):  
6. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

□ TAK □ NIE □ ODMOWA PODANIA INFORMACJI  
**7. Pochodzenie etniczne:**

**8. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania**

**□** TAK **□** NIE

**9. Osoba z niepełnosprawnością**

**□** TAK **□** NIE **□** ODMOWA PODANIA INFORMACJI

10. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  
**□** TAK **□** NIE

11. Przy odpowiedzi TAK – w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

**□** TAK **□** NIE

**12. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**

**□** TAK **□** NIE

**13. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)**

**□** TAK **□** NIE **□** ODMOWA PODANIA INFORMACJI  
Proszę opisać motywację do udziału w Projekcie (maksymalnie 3 zdania):

STAN ZDROWIA OSOBY W CHWILI DEKLARACJI CHĘCI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- *proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź*

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):  
a) kwas acetylosalicylowy (np. Acard, Aspiryna, Polocard, Polopiryna)  
**□** NIE **□** TAK **□** NIE WIEM  
b) acenokumarol (np. Synkumar, Dikumarol)  
**□** NIE **□** TAK **□** NIE WIEM  
c) warfaryna (np. Warfin, Pradaxa, Xarelto)  
**□** NIE **□** TAK **□** NIE WIEM  
d) jeden z leków: Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec,Ortanol, itp.  
**□** 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:

Data Podpis  
…………………….

**OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisana(y)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Nazwisko / Nazwiska Imię / Imiona

Oświadczam, iż:

**□** zamieszkuję/pracuję/uczę się na obszarze województwa lubelskiego.

Oświadczam, iż:

**□** posiadam krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci – *właściwe podkreślić)*, u których rozpoznano raka jelita grubego;

***□*** nie dotyczy.

Oświadczam, iż:

**□** pochodzę z rodziny, w której występuje zespół Lyncha i zobowiązuję się dostarczyć kserokopię potwierdzających dokumentów najpóźniej w dniu badania kolonoskopowego, w przeciwnym razie zostanę skreślony z listy Uczestników Projektu;

***□*** nie dotyczy.

**Oświadczam, iż:**

**□** wyrażam zgodę na wykonanie u mnie badania kolonoskopowego w ramach projektu „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie puławskim’’

**□** wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Projektu;

**□** zapoznałam/zapoznałem się i akceptuję warunki Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa;

**□** kwalifikuję się do uczestnictwa w Programie na podstawie zapisów z Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa;

**□** zostałam/em poinformowana/y, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu  
Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020;

**□** W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz w ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy;

**□** wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

Data Miejscowość Czytelny podpis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

SKIEROWANIE NA BADANIE KOLONOSKOPOWE

Dane Punktu Rekrutacyjnego:

|  |
| --- |
|  |

Pacjenta kwalifikuję / nie kwalifikuję \* do bezpłatnego badania kolonoskopowego wraz ze znieczuleniem w ramach projektu pn. „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w podregionie puławskim ”.  
Data Pieczątka i podpis lekarza

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\* niewłaściwe skreślić  
\* właściwe podkreślić