

**Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania dla uczestników
Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla
mieszkańców województwa wielkopolskiego**

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” (zwanego dalej „programem”), mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Wielkopolskiego.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miałam(em) wykonanego badania otolaryngologicznego z użyciem nasofiberoskopu.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Oświadczam, że otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....
.....
Miejscowość, data

.....
.....
Podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

** Niepotrzebne skreślić.

Załącznik nr 2

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w ramach realizacji Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

.....
Imię i Nazwisko uczestnika

.....
Pesel

.....

.....
Adres zamieszkania

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. **„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”**.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w **Wielkopolskim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie**.

Administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną Państwa danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@wco.pl lub listownie na adres: ul. Garbary 15 Poznań (61-866) z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych oraz informacje o przysługujących prawach znajdują się w załączniku nr 3 (Oświadczenie uczestnika projektu – obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679).

.....

.....

Miejscowość, data złożenia podpisu
nazwisko

Podpis Imię i

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **„Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”** przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu (61-866) przy ul. Garbary 15 będące samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (zwane dalej „Wielkopolskim Centrum Onkologii”), z którym można skontaktować się w siedzibie podmiotu przy ul. Garbary 15 w Poznaniu.
2. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@wco.pl lub listownie na adres: ul. Garbary 15 Poznań (61-866) z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. d (ochrona żywotnych interesów) i art. 6 ust. 1 lit. e (wykonywanie zadania publicznego związanego z promocją i ochroną zdrowia) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.
5. Korzystanie z usług w WCO jest w pełni dobrowolne. Jednakże w przypadku wyboru naszej placówki, WCO jako podmiot leczniczy, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym do oznaczenia

Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego

tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku podanie danych osobowych jest konieczne a niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich sprostowania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania. Jeżeli chce Pani/Pan skorzystać z ww. uprawnień proszę wysłać wiadomość pocztową na adres daneosobowe@wco.pl
7. Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu niezbędnego do zrealizowania celu, o którym mowa w pkt. 4 niniejszej klauzuli, terminów archiwizacji i dochodzenia ewentualnych roszczeń.

.....
Miejscowość i data

.....
**Czytelny podpis
UCZESTNIKA PROJEKTU**

Pre- test dla uczestników Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Proszę o wskazanie jednej prawidłowej odpowiedzi

1.Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi to:

- A. Alkohol
- B. Nikotyna
- C. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- D. Brak higieny jamy ustnej, próchnica zębów
- E. Wszystkie wymienione powyżej

2. Nowotwory głowy i szyi to nowotwory zlokalizowane w obrębie w/w narządów oprócz:

- A. Mózgu
- B. Jamy ustnej
- C. Tarczycy
- D. Krtani
- E. Gardła

3.Jednymi z objawów klinicznych nowotworów głowy i szyi są:

- A. Chrypka
- B. Krwawienie z jamy nosowej
- C. Ból podczas połykania
- D. Dusznosc
- E. Wszystkie powyżej wymienione

4. Do lekarza specjalisty należy się pilnie zgłosić , jeżeli objawy chorobowe w regionie głowy i szyi pomimo leczenia p/zapalnego trwają dłużej niż:

- A. 6 tygodni
- B. 8 tygodni
- C. 10 tygodni
- D. 12 tygodni
- E. 3 tygodnie

5. Pacjent stwierdzając niepokojące objawy w obrębie głowy i szyi powinien zgłosić się do lekarza specjalisty:

- A. Neurologa
- B. Chirurga
- C. Internisty
- D. Otorynolaryngologa
- E. Okulisty

Ankieta dotycząca czynników ryzyka - WYPEŁNIA PACJENT

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu.

1. Wykształcenie:
☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe
2. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy:
☐ Umysłowa ☐ Fizyczna ☐ Nie pracuje zawodowo
3. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi:
☐ media (TV, radio, prasa) ☐ lekarz POZ ☐ inne
4. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?
☐ chrypka ☐ trudności w połykaniu ☐ pieczenie/ból jamy ustnej ☐ inne
5. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny?
☐ Jeden raz na 6 miesięcy ☐ Raz w roku ☐ Rzadziej niż raz w roku
6. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby?
☐ Raz ☐ Dwa ☐ Trzy lub więcej ☐ Wcale nie myje
7. Jakiej pasty do zębów Pani używa?.....
8. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej?
☐ Nitkę dentystyczną
☐ Irygacje wodne (przy pomocy Waterpick)
☐ Szczoteczkę międzyzębową
☐ Płukanki jamy ustnej
9. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które?
☐ Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania
☐ Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)
☐ Nieprzyjemny zapach z ust
☐ Powiększająca się ruchomość zębów
☐ Przemieszczanie się zębów
☐ Znaczny obrzęk dziąseł
☐ Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)
10. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?
☐ Tak od ilu lat? ☐ Nie
11. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)?
☐ Tak ☐ Nie
12. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?
☐ 1-5 papierosów

- ☐ 6-10 papierosów
☐ 11-15 papierosów
☐ powyżej 16 papierosów
13. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?
☐ Tak ☐ Nie
14. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń? (proszę wpisać rok)
.....
15. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?
☐ Tak ☐ Nie
16. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?
☐ Tak Jakiej mocy/ rodzaj?.....☐ Nie
17. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)
.....
18. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?
☐ Tak ☐ Nie
19. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?
☐ codziennie
☐ 3-4 razy w tygodniu
☐ 1-2 razy w tygodniu
☐ okazjonalnie
20. Ilość życiowych partnerów seksualnych:
☐ 1-3 ☐ 3-7 ☐ powyżej 7
21. Czy uprawia pani/pan seks oralny:
☐ Tak ☐ Nie
22. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?
☐ poniżej 3 ☐ 3-7 ☐ powyżej 7
23. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?
☐ Tak ☐ Nie
24. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?
☐ Tak ☐ Nie
25. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?
☐ Tak ☐ Nie
26. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?
☐ Tak ☐ Nie
27. Wiek w chwili rozpoznania choroby:.....



Oświadczam, że udzielono mi świadczenia informacyjno-edukacyjnego i otrzymałem/am ulotkę oraz broszurę dla pacjenta.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data
PROGRAMU

.....
Czytelny podpis UCZESTNIKA

Post- test dla uczestników Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Proszę o wskazanie jednej prawidłowej odpowiedzi

1.Który z poniższych objawów nie należy do najczęstszych objawów nowotwór głowy i szyi:

- A. Guz na szyi
- B. Chrypka
- C. Trudności podczas połykania
- D. Owrzodzenie w jamie ustnej
- E. Ból brzucha, wymioty

2. Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi to:

- A. Alkohol
- B. Nikotyna
- C. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- D. Brak higieny jamy ustnej, próchnica zębów
- E. Wszystkie wymienione powyżej

3. Rozpoznanie nowotworu głowy i szyi w I i II stopniu zaawansowania zwiększa szansę na wyleczenie o:

- A. 100-90%
- B. 70- 50%
- C. 50%
- D. 40 %
- E. 30%

4. Późne zgłaszanie się pacjentów z podejrzeniem nowotworu w obrębie głowy i szyi do lekarza specjalisty otorynolaryngologa jest spowodowane:

- A. Brak świadomości dotyczącej choroby
- B. Lekceważenie objawów chorobowych
- C. Strach i obawa przed diagnozą
- D. Długie terminy oczekiwania na wizytę u specjalisty
- E. Wszystkie wyżej wymienione odpowiedzi są prawidłowe

5.Do lekarza specjalisty należy się pilnie zgłosić , jeżeli objawy chorobowe w regionie głowy i szyi pomimo leczenia p/zapalnego trwają dłużej niż:

- A. 6 tygodni
- B. 8 tygodni
- C. 10 tygodni
- D. 12 tygodni
- E. 3 tygodnie

Data badania:

Załącznik nr 7

Karta badania profilaktycznego pacjenta - WYPEŁNIA LEKARZ

I. Badanie otolaryngologiczne:

1. Badanie uszu:

- Wygląd skóry małżowiny usznej:
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....
- Skóra przewodu słuchowego zewnętrznego: bez patologii,
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....
- Błona bębenkowa,
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....

2. Badanie nosa:

- Wygląd nosa zewnętrznego:
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....
- Błona śluzowa nosa:
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....
- przegroda nosa ocena (perforacje, skrzywienie), obecność patologicznych mas w obrębie jamy nosa (polipy, guz):
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....

3. Badanie jamy ustnej i gardła środkowego:

Każdorazowo przed badaniem należy poprosić chorego o usunięcie protez zębowych!

- Ocena języka (grzbiet języka, brzegi języka oraz powierzchnia brzuszna) dno jamy ustnej, dziąsła, trójkąt zatrzonowcowy:
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....
- Podniebienie miękkie i twarde, migdałki podniebiennych oraz tylnej ściany gardła migdałki, podniebienie, język oraz dno jamy ustnej: ślinianki podżuchwowe w badaniu palpacyjnym:
 - ☐ bez patologii,
 - ☐ inne:.....

4. Badanie szyi:

- szyja:

Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Wielkopolskiego

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

II. **Badanie nasofiberoskopowe- ocena nosogardła, krtani oraz gardła dolnego:**

Przed wykonaniem badania fiberoskopowego, każdorazowo należy założyć anemizację do nosa!

- nasada języka:

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- ujścia gardłowe trąbek słuchowych:

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- nosogardło:

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- okolica przednagłośniowa:

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- krtań (nagłośnia, okolica nadgłośniowa, okolica głośni) należy zwrócić szczególną uwagę na ruchomość fałdów głosowych:

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- gardło dolne (należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne zaleganie wydzieliny):

☐ bez patologii,

☐ inne:.....

- zachyłki gruszkowate:

☐ bez patologii, ☐ inne:.....

Pacjent kierowany na pogłębioną diagnostykę ☐ TAK ☐ NIE

.....
Podpis i pieczęć lekarza

**Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w Programie profilaktyki i
wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa
wielkopolskiego**

Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego:

Powodem mojej rezygnacji jest*:

.....
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

*Wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

** Niepotrzebne skreślić

