

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU WRAZ Z DEKLARACJĄ UCZESTNICTWA

Załącznik nr 1

Prosimy o wypełnienie poniższych danych:

1. IMIĘ I NAZWISKO:

2. PESEL: **WIEK**

3. ADRES ZAMIESZKANIA: WOJ. ŁÓDZKIE, POWATGMINA.....

KOD POCZTOWY.....MIEJSCOWOŚĆ

ULICA/NR BUDYNKU/NR LOKALU

4. KONTAKT: TEL. KONTAKTOWY, ADRES E-MAIL.....

5. JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ : [] TAK [] NIE

OCZEKIWANE WSPARCIE*:

- edukacja zdrowotna – udział w warsztatach edukacyjnych
- zapewnienie dojazdu na badanie z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem
- zwrot kosztów dojazdu na badanie – za przejazd z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem (transport publiczny)
- zwrot kosztów dojazdu na badanie – za przejazd z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badania i z powrotem (samochód prywatny)
- realizacja badania przesiewowego raka jelita grubego ze znieczuleniem miejscowym
- realizacja badania przesiewowego raka jelita grubego ze znieczuleniem anestetycznym
- inne – specjalne potrzeby wynikające z niepełnospr., które umożliwią mi wzięcie udziału w projekcie (np. konieczność zapewnienia asystenta osoby niepełnospr., asystenta tłumacza migowego), proszę wpisać poniżej:

.....

KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że:

-mieszkam, uczę się lub pracuję w jednym z powiatów: tomaszowski, opoczyński, skierniewicki, Skierniewice

-jestem w wieku **25-65 lat** oraz należę do jednej z czterech grup*:

- osoby w wieku 50-65 lat, które kwalifikowane są do projektu niezależnie od wywiadu rodzinnego
- osoby w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia pokrewieństwa (rodzice, dzieci, rodzeństwo), u którego rozpoznano raka jelita grubego
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP)

-nie miałem/miałam wykonywanej kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat (nie dot. pacjentów z Zespołem Lyncha)

-nie mam objawów, które mogą sugerować istnienie raka jelita grubego (krew w stolcu, biegunki lub zaparcia bez znanej przyczyny, utrata masy ciała niezwiązana z odchudzaniem, anemia)

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem projektu pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD – Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/-y do udziału w projekcie. Dane zawarte w Formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Data

.....
czytelny podpis

* Zaznaczyć odpowiedź znakiem X