



ZADANIE PUBLICZNE WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ URZĄD MIASTA I GMINĘ ZBĄSZYŃ

Termin składania ankiet

Do **31 lipca**

Dla kogo?

Mieszkańcy gminy Zbąszyń:

- Kobiety od 40 r. ż.
- Mężczyźni od 50 r. ż.

Harmonogram

Spotkania edukacyjne z:

- lekarzem medycyny rodzinnej
- chirurgiem
- ginekologiem
- dietetykiem

Konsultacje lekarskie:

- ginekologiczne
- chirurgiczne

Zalecenia żywieniowe i konsultacje dietetyczne

Badania

- cytologia
- USG gruczołu piersiowego
- rektoskopia

Kontakt



ul. Na Kępie 3
Zbąszyń



(68) 386 77 77



Ochrona Zdrowia
Opieka i Troska
FUNDACJA

www.fundacjarcz-zbaszyn.pl

AKCJA: Wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych

ZADANIE PUBLICZNE WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ URZĄD MIASTA I GMINĘ ZBĄSZYŃ



Edukacja, promocja i profilaktyka w kierunku
działań wczesnego rozpoznawania nowotworów
wśród mieszkańców gminy Zbąszyń

Ankieta

TERMIN SKŁADANIA ANKIET: do 31 lipca

Imię i nazwisko:

Telefon kontaktowy:

1. Płeć: kobieta mężczyzna 2. Data urodzenia Wiek

3. Wymiary: wzrost Waga

4. Sylwetka:

szczupła w normie lekka nadwaga zmagam się z otyłością

5. Czy w Twojej rodzinie wystąpiły choroby nowotworowe?

Matka
Ojciec
Rodzeństwo
Nie

6. Czy Twoja waga w ostatnim roku uległa zmianie?

Tak, spadła Tak, wzrosła Nie, bez zmian

7. Czy masz regularny wysiłek fizyczny/sport?

(wymień np. spacer, biegi, jazda na rowerze, pływanie, praca w ogródku, itp.)

Tak, często jaki:
Czasami jaki:
Raczej nie

8. Papierosy:

Palę
 Palę, walczę z nałogiem
 Paliłem, ale rzuciłem
 Nie paliłem nigdy
 *Jestem biernym palaczem

* Zaznacz jeżeli przebywasz w otoczeniu palaczy

9. Alkohol: Lubię Tylko okazjonalnie Nie piję

10. Czy cierpisz na dolegliwości bólowe brzucha, podbrzusza?

Tak
 Nie
 Czasem

11. Czy zaobserwowałeś krew w swoim stolcu? Tak Nie

12. Czy miewasz problemy gastryczne?

Zaparcia: Tak Czasami Raczej nie
Biegunki: Tak Czasami Raczej nie
Wzdęcia: Tak Czasami Raczej nie

** 13. Czy badasz swoje piersi?

Tak – samokontrola
 Tak – USG
 Tak – mammografia; 1 x 2 lata (50-69 lat)
 Czasami na wizycie u ginekologa
 Nie

** 14. Czy wykonujesz regularne (raz w roku) badanie cytologiczne u lekarza?

Tak Nie

15. Czy miałeś/łaś wykonywane badanie USG? (w ciągu ostatnich 3 lat)

Jamy brzusznej Tak Nie
**Gruzołu piersiowego Tak Nie

16. Choroby współistniejące:

Cukrzyca
 Nadciśnienie
 Tarczycy (guzki/nadczynność, niedoczynność, itp.)
 Choroby serca (jakie:)

** Dotyczy kobiet