



KSIĄŻECZKA UCZESTNIKA PROJEKTU

pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja

Nazwisko i imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres zamieszkania:

Województwo

Miejscowość Powiat Gmina

Kod pocztowy

ul.

Nr budynku

Nr lokalu

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

1. DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Deklaruję swój udział projekcie pn. **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja**, realizowanym przez Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED -Bula Tomasz w partnerstwie z Miastem Katowice, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Poddziałania 8.3.2 Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/tem się z *Regulaminem rekrutacji do udziału w projekcie*, którego postanowień zobowiązuję się przestrzegać oraz oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności będące jednocześnie kryteriami dostępu do udziału w projekcie, tj:

<p>1. Jestem mieszkańcem Katowic, lub</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Uczę się w Katowicach, lub</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Pracuję w Katowicach</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE*</p> <p>*w przypadku pozostawania bez zatrudnienia, deklaruję gotowość podjęcia pracy</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY</p>
---	---	--

<p>2. Mieszcę się w przedziale wiekowym 25-65 lat, w tym:</p>		
<p><input type="checkbox"/> 50-65 lat</p> <p>niezależnie od wywiadu rodzinnego w zakresie raka jelita grubego</p>	<p><input type="checkbox"/> 40-49 lat</p> <p><u>i jednocześnie mam</u> krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego</p>	<p><input type="checkbox"/> 25-49 lat</p> <p><u>i jednocześnie pochodzę z rodziny, w której wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC).</u> (Zobowiązuję się do dostarczenia <u>najpóźniej w dniu badania</u> kopii dokumentu potwierdzającego rozpoznanie i przynależności do rodziny HNPCC z <u>poradni genetycznej</u> na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego)</p>

3. Nie stwierdzono u mnie żadnych z poniższych objawów klinicznych sugerujących istnienie raka jelita grubego:
- obecność krwi w stolcu
 - bez powodu biegunka lub zaparcie w ostatnich kilku miesiącach
 - chudnięcie lub anemia, których przyczyna nie jest znana
4. W ciągu ostatnich 10 lat nie miałam/em wykonanego badania kolonoskopowego (poza pacjentami z zespołem Lyncha) ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, NFZ, budżetu państwa, samorządowych.

Miejscowość, data

Czytelny Podpis

2. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU w zakresie przetwarzania danych osobowych

W związku z przystąpieniem do projektu pn. **Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja**, przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest *Zarząd Województwa Śląskiego*, z siedzibą przy ul. Ligonia 46, 40-037 Katowice, adres email: kancelaria@slaskie.pl, strona internetowa: bip.slaskie.pl.
- 2) Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych, adres email: daneosobowe@slaskie.pl.
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu obsługi ww. projektu, dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL), w szczególności:
 - udzielenia wsparcia
 - potwierdzenia kwalifikowalności wydatków
 - monitoringu
 - ewaluacji
 - kontroli
 - audytu prowadzonego przez upoważnione instytucje
 - sprawozdawczości
 - rozliczenia projektu
 - odzyskiwania wypłaconych beneficjentowi środków dofinansowania
 - zachowania trwałości projektu
 - archiwizacji
 - badań i analiz.
- 4) Podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej: RODO), wynikający z:
 - a) art. 125 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 – dalej: Rozporządzenie ogólne;
 - b) art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

- 5) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - *Ośrodkowi Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED – Bula Tomasz*, a także partnerowi projektu, tj. Miastu Katowice oraz Centrum Onkologii–Instytutowi im.M.Skłodowskiej-Curie.
- 6) Moje dane osobowe mogą być ujawnione osobom fizycznym lub prawnym, upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta, w związku z realizacją celów o których mowa w pkt. 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub inne działania związane z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 - 2020 na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta, operatorowi pocztowemu lub kurierowi (w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
- 7) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu zamknięcia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (art. 140 i 141 Rozporządzenia ogólnego), bez uszczerbku dla zasad regulujących pomoc publiczną oraz krajowych przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów.
- 8) Przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) Administrator danych osobowych, na mocy art.17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
- 10) Podanie przeze mnie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
- 11) Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.

Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:

- 1) ~~W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem*.~~
- 2) ~~W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*.~~
- 3) Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta

Miejscowość, data

Czytelny podpis

3. ANKIETA PERSONALNA

PROSZĘ WYPEŁNIĆ TYLKO BIAŁE POLA

(Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania, uczestników projektu zgodnie z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) , nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470))

Dane uczestnika	1	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
	2	Płeć		
	3	Data urodzenia		
	4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	5	Rodzaj uczestnika		
	6	Nazwa Instytucji		
	7	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)		

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	8	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	9	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	10	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	11	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	12	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Woj. Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	

	13	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia				
	14	Data rozpoczęcia udziału w projekcie				
	15	Data zakończenia udziału w projekcie				
	16	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie				
	17	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie				
	18	Inne rezultaty dotyczące osób młodych				
	19	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa				
	20	Rodzaj przyznanego wsparcia				
	21	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu				
	22	Data zakończenia udziału we wsparciu				
	Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba pracująca:</p> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej	<p>Osoba bezrobotna:</p> <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w UP w tym:	<p>Osoba bezrobotna:</p> <input type="checkbox"/> ucząca się
				<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
			<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> inne		
			<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> zarejestrowana w UP w tym:		
			<input type="checkbox"/> w MMŚP	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna		
			<input type="checkbox"/> prowadząca własną działalność	<input type="checkbox"/> inne		
			<input type="checkbox"/> inne			
	24	Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy			

			<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
	25	Zatrudniona/y w	
	26	Data założenia działalności gospodarczej	
	27	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	
	28	PKD założonej działalności gospodarczej	

Miejscowość, data

Czytelny podpis

4. LISTA OBECNOŚCI NA SPOTKANIU EDUKACYJNO-INFORMACYJNYM

Lista obecności:

Oświadczam, że w dniu dzisiejszym uczestniczyłam/uczestniczyłem w grupowym* / indywidualnym* spotkaniu informacyjno-edukacyjnym zorganizowanym w ramach projektu pn. **Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja** realizowanego przez Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED –Bula Tomasz w partnerstwie z Miastem Katowice, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Poddziałania 8.3.2 *Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs*.

*właściwe podkreślić

Potwierdzenie otrzymania materiałów informacyjno-edukacyjnych:

Oświadczam, że otrzymałam/otrzymałem bezpłatne materiały informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki raka jelita grubego, w ramach przedmiotowego projektu.

Interwencja EFS:

Oświadczam, iż na badanie zgłosiłam/zgłosiłem się dzięki interwencji Europejskiego Funduszu Społecznego, poprzez informację uzyskaną z:

- plakatu strony internetowej ośrodka TOMMED kampanii radiowej
- ulotki strony internetowej Miasta Katowice mediów społecznościowych
- inne (proszę wymienić): _____

Miejscowość, data

Czytelny podpis

5. ANKIETA MEDYCZNA – SKIEROWANIE NA BADANIE

wzrost (cm): waga (kg):

1. Czy ktoś z krewnych pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) miał nowotwór w obrębie jamy brzusznej? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli TAK, proszę wypełnić poniższą tabelę:

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

2. Czy rozpoznano u Pan(a)/i istotne choroby: TAK NIE

serca, płuc, nerek, zaburzenia krzepnięcia krwi, itp., jeśli TAK proszę wymienić:

.....

3. Czy choruje Pan(i) na cukrzycę: TAK NIE

Jeśli TAK: typ, od ilu lat

Czy stosuje Pan(i) insulinę? Jeśli TAK, od ilu lat

TAK NIE

4. Czy pali Pan(i) papierosy:

TAK NIE

Jeśli TAK, od ilu lat ile sztuk dziennie



5. Czy w przeszłości palił(a) Pan(i) papierosy: TAK NIE

Jeśli TAK, ile lat ile sztuk dziennie od ilu lat nie pali

6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przyjmował(a) Pan(i) przewlekle (co najmniej przez 3 miesiące):

- kwas acetylosalicylowy (Acard, Aspiryna, Polocard) TAK NIE NIE WIEM
- acenokumarol (Synkumar, Dikumarol) TAK NIE NIE WIEM
- warfaryna (Warfin, Pradaxa, Xarelto) TAK NIE NIE WIEM
- jeden z leków:
(Polprazol, Controloc, Omeprazol, Lanzul, Helicid, Omar, Gasec, Ortanol) TAK NIE NIE WIEM

7. Czy stosuje (stosowała) Pani hormonalną terapię zastępczą?

TAK (ile lat.....) NIE NIE DOTYCZY (MĘŻCZYZNA)

8. Czy istnieje u Pan(a)/i zwiększona skłonność do krwawień, zwłaszcza po drobnych skaleczeniach, po usunięciu zębów, bądź do powstawania sińców po niewielkich urazach mechanicznych?

TAK NIE

9. Czy podobne objawy jak w punkcie 8 występowały wśród członków Państwa rodziny?

TAK NIE

10. Czy występowały u Pan(a)/i objawy uczulenia na środki spożywcze lub lecznicze?

TAK NIE

Jeśli TAK proszę wymienić na jakie.....

11. Czy choruje Pan/i na oczy (jaskra)? TAK NIE

12. Przebyte operacje brzuszne:

.....
.....

13. Uwagi:

.....
.....

Data

Podpis pacjenta

Stwierdzam, że u danej osoby **nie podejrzewam raka jelita grubego**.

Pacjenta **kwalfikuję / nie kwalfikuję**¹ do bezpłatnego badania kolonoskopowego wraz ze znieczuleniem w ramach projektu pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja”.

Data

Podpis lekarza

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach projektu pn. Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II etap.

Data

Podpis pacjenta

Oświadczam, że otrzymałam/em nieodpłatnie preparat do oczyszczenia jelita i zapoznałam/em się z instrukcją przygotowania do kolonoskopii.

Data

Podpis pacjenta

¹ Właściwie podkreślić



6. OŚWIADCZENIE O ODBYCIU BADANIA

Ja niżej podpisan(y)/a oświadczam, że odbył(em)/am bezpłatne badanie kolonoskopowe (wraz ze znieczuleniem) w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka TOMMED - Bula Tomasz w ramach projektu pn. „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja”, na które zostałam/zostałem skierowana/y na podstawie bezpłatnej kwalifikacji lekarskiej w ramach powyższego projektu.

w dniu

Podpis pacjenta

Podpis lekarza wykonującego badanie

7. ANKIETA EWALUACYJNA

Ankieta jest prowadzona w związku z realizacją spotkań informacyjno-edukacyjnych w ramach projektu pn. **Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego – II edycja** realizowanego przez Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobietych oraz Schorzeń Sutka-Buła Tomasz w partnerstwie z Miastem Katowice, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Poddziałania 8.3.2 *Realizowanie aktywizacji zawodowej poprzez zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej – konkurs*.

Uprzejmie prosimy o jej wypełnienie.

1. Jak ocenia Pani/Pan organizację spotkania informacyjno-edukacyjnego?

- bardzo dobrze dobrze dostatecznie niedostatecznie

2. Jak ocenia Pani/Pan wiedzę kadry prowadzącej spotkanie informacyjno-edukacyjne?

- bardzo dobrze dobrze dostatecznie niedostatecznie

3. Jak ocenia Pani/Pan program spotkania informacyjno-edukacyjnego?

- bardzo dobrze dobrze dostatecznie niedostatecznie

4. Jak ocenia Pani/Pan otrzymane materiały edukacyjne?

- bardzo dobrze dobrze dostatecznie niedostatecznie

5. Czy przekazaną wiedzę uważa Pani/Pan za przydatną?

- zdecydowanie tak raczej tak trudno powiedzieć raczej nie zdecydowanie nie



6. Czy informacje zdobyte na spotkaniu zwiększyły Pani/Pana wiedzę na temat profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego?

- zdecydowanie tak raczej tak trudno powiedzieć raczej nie zdecydowanie nie

7. Wnioski i uwagi:

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety!