



Załącznik nr 3 – Ankieta dla pacjenta, który zgłasza się samodzielnie na badanie.

Data:

Ankieta dot. czynników ryzyka

1. Imię :.....
2. Nazwisko:.....
3. PESEL: tel. kontaktowy
4. Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe
5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy
 Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo
6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi
 media (TV, radia, prasa) lekarz POZ inne
7. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?
 chrypka trudności w połykaniu pieczenie/ból jamy ustnej inne
8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny
 Jeden raz na 6 miesięcy Raz w roku Rzadziej niż raz w roku
9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby
 Raz Dwa Trzy lub więcej Wcale nie myje
10. Jakiej pasty do zębów Pan/Pani używa
11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej
 Nitkę dentystyczną
 Irygacje wodne (przy pomocy Waterpik) 48
 Szczoteczkę międzyzębową
 Płukanki jamy ustnej
12. 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)
13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?
 Tak od ilu lat? Nie
14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)
 Tak Nie



15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

- 1-5 papierosów
 6-10 papierosów
 11-15 papierosów
 powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

- Tak Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

.....

(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

- Tak Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

- Tak Jakiej mocy/ rodzaj..... Nie

20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gummy do żucia, spray itd.)

.....

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

- Tak Nie

22. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

- codziennie
 3-4 razy w tygodniu
 1-2 razy w tygodniu
 okazjonalnie

23. Liczba życiowych partnerów seksualnych:

- 1-3 3-7 powyżej 7

24. Czy uprawia pani/pan seks oralny: tak nie

25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?

- poniżej 3 3-7 powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?:

- tak nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?

- tak nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

- tak nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?

- tak nie

30. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi:.....