Data badania:……………………..

……………………………………………………….

Pieczątka ośrodka

**Ankieta dot. czynników ryzyka**

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

1. Imię:……………………………………………………………………………………

2. Nazwisko:………………………………………………………………………………

3. PESEL:………………………………………………………………………………….

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, jakie…………………………………………………..

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)
* 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
* Znaczny obrzęk dziąseł
* Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pan/Pani 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 stosowała Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy 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:………

Podpis i pieczęć lekarza