

SPIS POWSZECHNY PRZEBIEGU LECZENIA RAKA PIERSI W POLSCE

Wstęp:

1. Celem Spisu jest policzenie osób (kobiet i mężczyzn) żyjących w Polsce z rakiem piersi i, co istotne, poznanie stanu faktycznego przebiegu jego leczenia oraz poziomu satysfakcji z tego leczenia.
2. Twój głos jest ważny! Może przyczynić się do zmian w opiece zdrowotnej. Za dwa lata wyniki Spisu zostaną podane do publicznej wiadomości. Zostaną opublikowane w formie raportu między innymi na tej stronie.
3. Wypełnij formularz, zaznaczając szare kwadraty do wyboru lub wpisując na szarym polu odpowiedź. Nie powinno to zająć więcej niż 10 minut.
4. Wypełnienie formularza jest anonimowe i nie wiąże się z Twoim dalszym zaangażowaniem.

Metryczka:

1. Płeć – K M

2. Miejsce zamieszkania:

- miasto poniżej 100 tys. mieszkańców
- miasto od 100 tys. do 500 tys. Mieszkańców
- miasto powyżej 500 tys. mieszkańców
- wieś

województwo

3. Rok urodzenia

4. Wykształcenie:

- podstawowe
- ukończone zasadnicze zawodowe
- ukończone średnie
- ukończone wyższe

Przebieg leczenia:

1. Kiedy dowiedziałeś się, że jesteś chora/chory na raka piersi /*podaj rok!*?

2. Kto jako pierwszy wykrył u Ciebie objawy mogące świadczyć o tym, że masz raka piersi?

- lekarz onkolog
- lekarz rodzinny
- lekarz innej specjalizacji – *jakiej?*
- ja sam/a
- ktoś inny – *kto?*

3. A kto postawił diagnozę, że jesteś chora/y na raka piersi?

Polskie Amazonki Ruch Społeczny
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa
Fax 22 841 14 76

- lekarz onkolog
- lekarz rodzinny
- lekarz innej specjalizacji – *jakiej?*

4. Po jakim czasie od rozpoznania choroby (postawienia diagnozy) nastąpiło leczenie raka piersi?
..... /*podaj liczbę tygodni/ lub /podaj liczbę miesięcy/.....*

nie rozpocząłem/am jeszcze leczenia raka piersi (Dlaczego nie rozpoczęłaś/eś leczenia?)

i. Dlaczego czekałaś/łeś na rozpoczęcie leczenia raka piersi od rozpoznania choroby?

- czekałem/am na miejsce w szpitalu
- bałem/am się leczenia
- mieszkam zbyt daleko od szpitala zajmującego się leczeniem raka piersi
- z innych powodów – *jakich?*
.....
.....
.....

5. Czy wiesz na jakiego typu nowotwór chorujesz (np. Hormonozależny rak piersi, rak dziedziczny, HER2 dodatni, HER2 ujemny, HER2 potrójnie ujemny)?

- a. TAK
- b. NIE

6. Z porad których specjalistów korzystałaś/łeś podczas leczenia raka piersi?(*w tym pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*).

- Chirurg
- Onkolog
- Chemioterapeuta
- Radioterapeuta
- Internista
- Psycholog
- Rehabilitant
- Inny specjalista- *jaki?*

7. Z jakich świadczeń i gdzie korzystałaś/eś/ podczas leczenia raka piersi od momentu postawienia diagnozy? /*postaw krzyżyk przy świadczeniach z których korzystałaś/eś/, uwzględniając rodzaj świadczeniodawcy: NFZ, tj. bezpłatnie lub poza NFZ, tj. odpłatnie.*

Polskie Amazonki Ruch Społeczny
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa
Fax 22 841 14 76

Jeżeli z danego świadczenia korzystałaś/eś/ zarówno w NFZ, jak też poza NFZ – zaznacz krzyżykami obie możliwości.

Rodzaj świadczenia	Miejsce świadczenia	
	NFZ (bezpłatnie)	Poza NFZ (odpłatnie)
PORADY LEKARSKIE OGÓLNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PORADY U SPECJALISTÓW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BADANIA LABORATORYJNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
USG PIERSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAMMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REHABILITACJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INNE ŚWIADCZENIA: np. badania, zabieg (JAKIE?) wpisz poniżej		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Jakie leczenie zastosował u Ciebie lekarz onkolog od momentu postawienia diagnozy o chorobie do chwili obecnej? (w tym pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź).

- operację
- radioterapię
- chemioterapię
-

przepisał leki - jakie?

.....

9. Jaki rodzaj operacji u Ciebie zastosowano?

a. oszczędzająca (usunięto tylko chorą tkankę z guzem, a nie całą pierś)

- z prawej piersi
- z lewej piersi

Polskie Amazonki Ruch Społeczny
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa
Fax 22 841 14 76

b. radykalna (mastektomia – usunięto całą pierś)

prawą lewą

10. W którym roku przeprowadzona została operacja:

11. Czy zachorowałeś/łaś ponownie (miałeś/aś przerzuty) ?

TAK /podaj rok wystąpienia pierwszych przerzutów:/

NIE

12. W ilu szpitalach publicznej służby zdrowia byłeś/aś leczony/a?

wpisz liczbę (jeśli w żadnym wpisz 0) W którym ośrodku/ ośrodkach się leczyłeś/łaś?

Wpisz nazwę ośrodka:.....

Miasto:

i. Jaki to był rodzaj szpitala?

Centrum onkologii/ szpital zajmujący się wyłącznie leczeniem chorób nowotworowych

szpital/ ośrodek z oddziałem onkologicznym - zajmujący się nie tylko leczeniem chorób nowotworowych

inny (wpisz jaki)

.....
.....

13. Na ile jesteś zadowolony/a lub nie z dotychczasowego leczenia raka piersi u siebie?

Zaznacz swoją odpowiedź na skali poniżej, gdzie 1 oznacza, że w ogóle nie jesteś zadowolony a 10, że jesteś całkowicie zadowolony. Liczby pomiędzy 1 a 10 oznaczają odczucia pośrednie

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

←----->

W ogóle
Niezadowolony/a

Całkowicie
zadowolony/a

Jeżeli masz wokół siebie znajomych, którzy też przeszli przez proces leczenia raka piersi, zachęć ich do wypełnienia tego formularza. Jeśli nie mają oni dostępu do internetu – wydrukuj ten formularz, zachęć ich do wypełnienia. Wydrukowany formularz można przesłać faxem lub pocztą na adres podany w stopce. Im więcej pacjentów wypełniających dane nt. swojej choroby, tym większa siła wpływu na ważne dla zdrowia zmiany.

Dziękujemy za wypełnienie formularza,
Polskie Amazonki Ruch Społeczny

Polskie Amazonki Ruch Społeczny
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa
Fax 22 841 14 76