

# Skierowanie na badanie tomografii niskodawkowej

## w ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca

Imię i nazwisko Pacjenta :

Adres zamieszkania:

Prosimy o podanie kodu pocztowego.

Data  
urodzenia

Powiat:

PESEL:

Województwo

Kontakt :

Prosimy o podanie numeru telefonu oraz adresu e-mail

Lekarz kierujący na badanie:  
(pieczęć, podpis, prosimy o podanie numeru telefonu i adresu e-mail)

Zakład leczniczy kierujący na badanie:  
(prosimy o podanie pełnej nazwy i adresu)

### Czynniki rakotwórcze i czynniki ryzyka

Narażenia na ekspozycję czynników rakotwórczych:		Nowotwory w rodzinie:	
<b>Palenie papierosów</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Azbest</b>	<input type="checkbox"/>
Liczba lat:	<input type="text"/>	<b>Uran</b>	<input type="checkbox"/>
Szt./dobę:	<input type="text"/>	<b>Radon</b>	<input type="checkbox"/>
Liczba paczkolet:	<input type="text"/>	<b>Arszenik</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Pacjent rzucił palenie:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Beryl</b>	<input type="checkbox"/>
Ile temu:	<input type="text"/>	<b>Produkty przemiany węgla kamiennego</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Inne narażenia na dym tytoniowy:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Miejsce zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/>
fajki, cygara	<input type="checkbox"/>	<b>Miasto</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Wieś</b>	<input type="checkbox"/>
		<b>Choroby układu oddechowego:</b>	<input type="checkbox"/>
		Przewlekłe zapalenie oskrzeli	<input type="text"/>
		Astma oskrzelowa	<input type="text"/>
		Pogruźliczne zmiany w płucach	<input type="text"/>
		Inne	<input type="text"/>

Badanie zostanie wykonane w pracowni tomografii komputerowej:

**endomed**® Radom ul. Kilińskiego 6  
tel. 48 340 02 35 w.2; 606 169 637 w.2

.....  
data, podpis i pieczęć lekarza kierującego

**UWAGA !!!!!**

Na drugiej stronie skierowania znajdują się treści, które musi przeczytać i podpisać pacjent.

- Wyrażam zgodę na udział w Programie badań w kierunku Wykrywania Raka Płuca oraz wykonanie badania tomografii komputerowej niskodawkowej w ramach tego programu, prowadzonego w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (podstawa prawna: ustawa z 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu wieloletniego programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, Dz.U. Nr 143, poz. 1200)
- Wyrażam zgodę na udział w dalszych badaniach kontrolnych.
- Oświadczam, że nie miałem wykonanych badań tomografii komputerowej klatki piersiowej w przeciągu ostatnich 12 miesięcy.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 92/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz.Urz. UE L119 s.1) oraz innym przepisom powszechnie obowiązującym, w szczególności ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych przez **Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc** w Warszawie, za pośrednictwem portalu internetowego **Krajowego Rejestru Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca** w zakresie niezbędnym do uczestniczenia w Programie jako badany, dokonywania za jego pośrednictwem oceny stanu mojego zdrowia na podstawie wykonanej tomografii niskodawkowej klatki piersiowej oraz korzystania z jego pozostałych funkcjonalności.
- Wyrażam zgodę na przekazanie zapisu mojego badania Instytutowi Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

.....  
data, czytelny podpis pacjenta

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – zwanego dalej RODO, informujemy, że:

**Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc z siedzibą w Warszawie, ul. Płocka 26, 01-138 Warszawa.

**Inspektorem Ochrony Danych** w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie jest Pan Bogdan Goźliński, mail: [iod@igichp.edu.pl](mailto:iod@igichp.edu.pl), tel. 22 43 12 235

**Cele przetwarzania danych osobowych:** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu uczestniczenia w Programie jako badany.

**Podstawa przetwarzania danych osobowych:** Umowa zawarta przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc z Ministrem Zdrowia w ramach „Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych” zadanie pn.: „Program badań w kierunku wykrywania raka płuca”, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej. Zgoda osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust.1 pkt. a rozporządzenia RODO)

**Informacje o odbiorcach danych osobowych:** Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są osoby rejestrujące pacjenta do badania, wykonujące opis radiologiczny badania oraz administratorzy Krajowego Rejestru Programu Wczesnego Wykrywania Raka Płuca.

**Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane:** Pani/Pana dane osobowe są przechowywane przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem sytuacji przewidzianych w art. 29 ust. 1 pkt. 1-4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

**Uprawnienia pacjenta:** W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania i przenoszenia, a także prawo do wniesienia sprzeciwu oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa.

**Prawo do wniesienia skargi:** W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Obowiązek podania danych:** Podane przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, przetwarzanie Pani/Pana danych wymaga poniższej zgody pisemnej. Natomiast jest konieczne do uczestnictwa w programie.

**Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji:** Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....  
data, czytelny podpis pacjenta