

Miejscowość, data

Imię i nazwisko

Adres

*Szanowna Pani,*

Podczas badania cytologicznego wykonanego w dniu ..... (numer .....)  
w ramach „Programu profilaktyki raka szyjki macicy” wykryto u Pani zmiany, które **pilnie wymagają dalszej diagnostyki.**

W trosce o Pani zdrowie uprzejmie prosimy o informację, czy wykonała Pani dalsze badania oraz wskazanie w której przychodni/ poradni były one realizowane. W tym celu prosimy o wypełnienie załączonej ankiety i/lub przesłanie kopii wyniku badania diagnostycznego (w załączonej kopercie lub mailowo na wskazany poniżej adres).

Jeżeli nie wykonała Pani dodatkowych badań, **bardzo prosimy o pilny kontakt** – adres i numer telefonu podajemy poniżej.

Centralny Ośrodek Koordynujący

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej –Curie

Państwowy Instytut Badawczy

ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

Mail: [cokmonitorowanie@nio.gov.pl](mailto:cokmonitorowanie@nio.gov.pl)

Tel 22 546 29 64; fax. 22 546 30 21

Szczegółowe informacje na temat Programu oraz klauzula informacyjna na temat przetwarzania danych osobowych dostępne na stronie: <https://profilaktykarak.nio.gov.pl/monitorowanie-kobiet/>

*Z wyrazami szacunku*

# ANKIETA

Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety i odesłanie w kopercie zwrotnej. Dziękujemy!

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Telefon kontaktowy\*:

## Kto wykonał badanie:

- Prywatnie  Publiczna służba zdrowia

Świadczeniodawca, u którego zostało wykonane badanie (nazwa, adres):

Data badania (dzień, miesiąc, rok): .....

## Badania:

- Kolposkopia  Konsultacja  
 Biopsja  Inne badania

Wynik (rozpoznanie):

## Zalecenia:

- Badanie za 3 lata  Leczenie  
 Kontrola za rok  Inne, jakie? .....

Wyrażam zgodę na wykorzystanie danych zawartych w ankiecie w celu realizacji zadania pn. „Monitorowanie kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania profilaktycznego” oraz ich raportowania do Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....  
Podpis

\* Pole niewymagane