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@coi.pl](mailto:cokmonitorowanie@coi.pl)

Tel 22 546 29 64; fax. 22 546 30 21

Informacja na stronie [www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/monitorowanie](http://www.profilaktykaraka.coi.waw.pl/monitorowanie)

Do pisma dołączamy ww. ankietę i klauzulę informacyjną.

*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
* Biopsja
* Konsultacja
* Inne badania

**Wynik (rozpoznanie):**

**Zalecenia:**

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procesu kontroli jakości przesiewowych badań cytologicznych.

……………..…………….………………………….

(miejscowość, data) (czytelny podpis)

* Odpowiednią odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem.