

FORMULARZ ZGODY PACJENTA NA PRZEPROWADZENIE BADANIA PRZESIEWOWEGO

**CHCĄC ZAPEWNIĆ PACJENTOM NAJWYŻSZY POZIOM OPIEKI W ZAKRESIE WYKRYWANIA
CHOROBY BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ, ZWRACAMY SZCZEGÓLNA UWAGĘ
NA POTENCJALNĄ OBECNOŚĆ NOWOTWORÓW JAMY USTNEJ.**

W Polsce co roku jest kilka tysięcy nowych zachorowań na raka jamy ustnej. Głównym powodem wzrostu liczby zachorowań oraz śmiertelności jest stanowczo zbyt późne wykrycie choroby nowotworowej. Tak samo jak w przypadku pozostałych rodzajów chorób nowotworowych, najważniejszym czynnikiem ryzyka jest wiek. Alkohol i nikotyna stanowią czynniki predysponujące do zachorowania, natomiast 25% osób chorujących na nowotwór nie posiada historii spożywania alkoholu lub nikotyny.

Profile grup ryzyka zachorowania na nowotwór jamy ustnej:

Grupa podwyższonego ryzyka: osoby w wieku 18 - 39 lat

Grupa wysokiego ryzyka: osoby w wieku lat 40 i starsi oraz konsumenci nikotyny niezależnie od wieku

Grupa najwyższego ryzyka: osoby w wieku lat 40 i starsi, o ryzykownym stylu życia, nadużywający alkoholu i nikotyny, osoby z chorobą nowotworową w wywiadzie

Obecnie w naszej praktyce lekarskiej wykonujemy badanie przesiewowe ViziLite® Plus ułatwiające wczesne wykrycie stanów przednowotworowych i nowotworowych. Uważamy, że stosowanie ViziLite® Plus w połączeniu z konwencjonalnym badaniem jamy ustnej znacznie zwiększa możliwości wykrycia podejrzanych zmian błony śluzowej we wczesnych stadiach rozwoju choroby. ViziLite® Plus spełnia podobną rolę w badaniach przesiewowych co mammografia, pobranie wymazu z szyjki macicy, PSA. ViziLite® Plus to prosty, nieinwazyjny i bezbolesny sposób na wykrycie zmian patologicznych błony śluzowej we wczesnych stadiach rozwoju choroby. Wczesne wykrycie zmian o charakterze przednowotworowym może zmniejszyć zakres zabiegu usunięcia ogniska nowotworowego, minimalizując lub eliminując potencjalne skutki uboczne w postaci deformacji tkanek lub nawet uratować życie.

Oplata za badanie wynosi: _____

Tak, zgadzam się na wykonanie badania jamy ustnej z zastosowaniem ViziLite® Plus.
Akceptuję warunki finansowe badania.

Imię i nazwisko: _____

Podpis: _____ Data: _____

Nie, nie chcę być poddawany badaniu z zastosowaniem ViziLite® Plus.

Imię i nazwisko: _____

Podpis: _____ Data: _____