Wzór

ANKIETA UCZESTNIKA PROJEKTU

„Profilaktyka **raka szyjki macicy**
szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego"

I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU (WYPEŁNIA UCZESTNIK)

(kobiety w wieku 25-59 lat)

Imię i nazwisko: .....

Data urodzenia: ..... Wiek .....

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres: .....

Telefon: .....

II. KWALIFIKACJA DO PROJEKTU (WYPEŁNIA UCZESTNIK)

1. Czy jest Pani osobą aktywną zawodowo[1]? TAK ☐ NIE ☐
   *(Odpowiedź **NIE dyskwalifikuje** osobę z udziału w projekcie)*

2. Czy miała Pani wykonane kiedykolwiek badanie cytologiczne? TAK ☐ NIE ☐

3. Czy miała Pani wykonaną cytologię w SIMP w ciągu ostatnich 3 lat?
   *(Odpowiedź **TAK dyskwalifikuje** osobę z udziału w badaniu przesiewowym SIMP)*

   TAK ☐ NIE ☐ NIE PAMIĘTAM ☐

4. Czy chciałaby Pani skorzystać z bezpłatnego badania cytologicznego w ramach projektu?

   TAK ☐ NIE ☐

[1] Osobą w wieku aktywności zawodowej jest osoba aktywna zawodowo w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna ekonomicznie (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym)

III. INFORMACJA O UDZIELENIU WSPARCIA (WYPEŁNIA UCZESTNIK)

11. Czy otrzymała Pani pakiet uczestnika?

TAK ☐ NIE ☐

12. Jaki rodzaj wsparcia Pani otrzymała?

☐ Indywidualne spotkanie edukacyjne w Placówce Leczniczej

☐ Indywidualne spotkanie edukacyjne w miejscu zamieszkania

IV. INFORMACJA O POTRZEBIE TRANSPORTU NA BADANIA (WYPEŁNIA UCZESTNIK)

Specjalne potrzeby związane z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy transportu na badanie), należy zgłaszać bezpośrednio u Edukatora.

1. Czy potrzebuje pani pomocy (transportu) w dotarciu na badanie cytologiczne?

TAK* ☐ NIE ☐ ☐ NIE DOTYCZY

Data: ..... *Podpis uczestnika* .....

V. WERYFIKACJA KWALIFIKACJI DO PROJEKTU (WYPEŁNIA EDUKATOR)

☐ Uczestnik **kwalifikuje się** do udziału w projekcie.
☐ Uczestnik **nie kwalifikuje się** do udziału w projekcie.

☐ Uczestnik **kwalifikuje się** do badania profilaktycznego w ramach projektu.
☐ Uczestnik **nie kwalifikuje się** do badania profilaktycznego w ramach projektu.

Data: ..... *Pieczątka i podpis edukatora* .....

∗ **Uwaga,** w przypadku zaznaczenia opcji **TAK** Edukator jest zobowiązany do niezwłocznego, pisemnego powiadomienia Koordynatora ds. Edukacji na adres e-mail: majaserkowska@pzpoz.pl.