

8.1 KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY I CZERNIAKA

NAZWISKO:

IMIE:

DATA URODZENIA:

--	--	--	--	--	--	--	--

D D M M R R R R

Wypełnia pacjent:

1. Płeć: K M

2. Wykształcenie:

podstawowe średnie

zawodowe wyższe

3. Proszę zaznaczyć co skłoniło Panią/Pana do wzięcia udziału w Programie:

mam wiele pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze

w ostatnim czasie znamię się zmieniło lub wygląda podejrzanie, pojawiła się nowa zmiana

w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry

w mojej rodzinie lub znajomego zdiagnozowano raka skóry

chcę przebadać skórę

inne

4. Czy miała Pani/miał Pan kiedykolwiek wykonane badanie dermatoskopowe:

tak, ile razy __ nie

5. Czy Pani/Pan praca jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat?

- nie
- tak, przez:
 - 1 rok lub mniej 5-10 lat
 - 1-5 lat ponad 10 lat

6. Jak Pani/Pana skóra reaguje na promienie słoneczne latem?

- zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)
- zawsze ulega oparzeniom, opala się w sposób minimalny lub z trudnością (opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)
- najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala (najpierw opala się na czerwono, dopiero później na brązowo)
- ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu (opala się zawsze na brązowo)

7. Czy w dzieciństwie wystąpiło u Pani/Pana poważne oparzenie słoneczne (bólące oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- nie
- tak: 1-2 razy, ponad 2 razy
- nie pamiętam

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- nie
- tak nie pamiętam

9. Liczba tygodni w roku podczas których intensywnie przebywa Pani/Pan na słońcu (wczasy, działka, praca zawodowa, hobby):

- 0, 2 tygodnie lub mniej, ponad 2 tygodnie

10. Czy korzysta Pani/Pan z solarium?

- nie, tak, do 20 razy lub mniej w roku
- tak, więcej niż 20 razy w roku

11. Czy korzystała Pani/korzystał Pan z solarium przed ukończeniem 18 r.ż.?

tak, nie, nie pamiętam

Od ilu lat korzysta Pani/Pan z solarium?

12. Czy korzystała lub korzysta Pani/korzystał lub korzysta Pan z lamp kwarcowych?

nie, tak

13. Jak często stosowała Pani/stosował Pan kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1 h?

nigdy, zawsze, czasami

14. Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pani/Pan używa?

poniżej 10 SPF, 10-20 SPF, 20 SPF,

20-40 SPF, 50 SPF i więcej

15. Czy nosiła Pani/nosił Pan okulary z filtrem UV w słoneczne dni ?

nigdy, zawsze, czasem

16. Czy spędziła Pani/spędził Pan rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?

nie

tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat

tak, w życiu dorosłym/ liczba lat

17. Jak często zgłasza się Pani/Pan na badanie swoich znamion?

częściej niż raz w roku , raz na 2 lata

raz w roku to moje pierwsze badanie

18. Czy zna Pani/Pan liczbę znamion na ciele?

< 25, 25-50, 50-100,

>100, nie znam

19. Czy przeprowadzała Pani/przeprowadzał Pan samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

tak, nie, nie wiem/nie pamiętam

20. Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?

tak, nie, nie wiem

21. Czy chorowała Pani/chorował Pan na czerniaka?

tak, nie, nie wiem

22. Czy chorowała Pani/chorował Pan na inne nowotwory skóry?

tak, nie, nie wiem

23. Czy przyjmuje Pani/Pan leki immunosupresyjne?

tak, nie, nie wiem

24. Czy rozpoznano u Pani/Pana przewlekłe choroby zapalne skóry?

tak, nie, nie wiem

Podpis pacjenta