

### ANKIETA – cz. 1 – WYPEŁNIA PACJENT

#### DANE PACJENTA

Imię i nazwisko ..... Data badania .....

Adres .....

Numer PESEL ..... Wiek ..... Płeć:  M  K

Czy wykonywał Pan/Pani badanie dermatoskopowe w ciągu ostatnich 2 lat?  NIE  TAK

Czy jest Pan/Pani pod opieką poradni onkologicznej w związku ze zmianami skórnymi?  NIE  TAK

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji i ewaluacji wyników poniższego programu.

Podpis pacjenta .....

#### WYWIAD OGÓLNY

Praca na powietrzu  Nie  Tak

##### 1. Fototyp - jak Twoja skóra reaguje na opalanie?

- Zawsze oparzenie, nigdy opalenizna  zawsze oparzenie, lekka opalenizna  
 Rzadko oparzenie, zawsze opalenizna  Nigdy oparzenie, zawsze opalenizna  
 Nigdy oparzenie, ciemna skóra  Czarna skóra

##### 2. Czy w dzieciństwie wystąpiły u pani/Pana oparzenia słoneczne?

- Nie  1-2 razy  ponad 2 razy

##### 3. Ekspozycje na słońce w wieku dorosłym

Ile tygodni w ciągu roku intensywnie przebywa Pan/pani na słońcu (morze, działka, itp.)? .....

Czy ma Pan/Pani hobby związane z przebywaniem na słońcu (sporty, ogrodnictwo, itp.)?  Tak  Nie

##### Czy korzysta Pan/Pani z solarium?

- Nie  do 20 razy w ciągu roku  więcej niż 20 razy w ciągu roku

4. Jak często używa Pan/Pani kremów z filtrami przeciwsłonecznymi w czasie wakacji? .....

##### 5. Kremów z jakim filtrem używa pan/Pani najczęściej?

- Poniżej 10  10-20  20  20-40  50 i więcej

6. Od ilu lat używa pan/Pani kremów z filtrem przeciwsłonecznym w czasie wakacji? .....

##### 7. Jak często bada Pan/pani swoje znamiona?

- Częściej raz w roku  raz w roku  raz na 2 lata  to moje pierwsze badanie

8. Czy stara się Pan/Pani szukać cienia w dni słoneczne?  Tak  Nie

9. Czy chorowała Pani/Pan na czerniaka?  Tak  Nie

10. Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?  Tak  Nie

##### 11. Czy ktoś w Pani/Pana rodzinie chorował na czerniaka?

- Nie  1 osoba  1 u najbliższych krewnych  nie wiem

### KARTA BADANIA PROFILAKTYCZNEGO

Pan/Pani Imię i nazwisko ..... Numer PESEL .....

w dniu ..... uczestniczył w przesiewowym programie profilaktyki i wczesnego wykrywania czerniaka skóry, finansowanym przez Miasto Słupsk – nie objęte finansowaniem z NFZ.

W związku ze stwierdzonym wynikiem proszę o skierowanie pacjenta do dalszego leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

## ANKIETA – strona 2 – WYPEŁNIA LEKARZ

Liczba znamion  < 25  25-100  >100  
Obecność przebarwień na plecach  Tak  Nie  
Obecność znamion atypowych  Tak  Nie  
Rogowacenie słoneczne  Tak  Nie

Zmiany podejrzane: Melanoma  Tak  Nie  
                                  BCC  Tak  Nie  
                                  SCC  Tak  Nie  
Lentigo maligna melanoma  Tak  Nie  
                                  Inne  Tak  Nie

Badania dermatoskopowe

I	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=	II	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=	III	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=
---	--	----	--	-----	--

Rozpoznanie: .....

IV	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=	V	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=	VI	A 1,3*= B 0,1*= C 0,5*= D 0,5*= TDS=
----	--	---	--	----	--

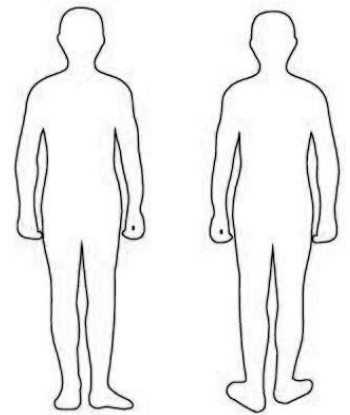
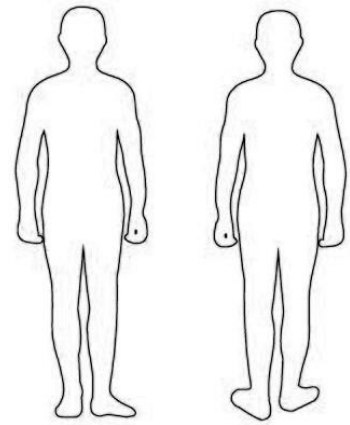
Rozpoznanie: .....

Wynik badania:

brak zmian nowotworowych  zmiana podejrzana  
 zmiana prawdopodobnie nowotworowa  czerniak

ZALECENIA

Wizyta kontrolna za 6 miesięcy  konsultacja onkologa/chir. onkologa  
 Wizyta kontrolna za 12 miesięcy  dalsza diagnostyka



Opracowano na podstawie ankiety akcji „Badaj znamiona – Dzień walki z czerniakiem”.

Zadanie z zakresu zdrowia publicznego obejmujące edukację i profilaktykę wczesnego wykrywania czerniaka skóry pn. „Zdążyć przed czerniakiem” dofinansowane ze środków budżetu Miasta Słupska.

## INFORMACJA DLA LEKARZA RODZINNEGO

WYNIK BADANIA

brak zmian nowotworowych  zmiana podejrzana  
 zmiana prawdopodobnie nowotworowa  czerniak

ZALECENIA

Wizyta kontrolna za 6 miesięcy  konsultacja onkologa/chirurga onkologa  
 Wizyta kontrolna za 12 miesięcy  dalsza diagnostyka