

ANKIETA – cz. 1 – WYPEŁNIA PACJENT

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

Adres

Numer PESEL Wiek

Płeć: M K Data badania

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”.
Program finansowany ze Środków Miasta Słupsk.*

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