

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

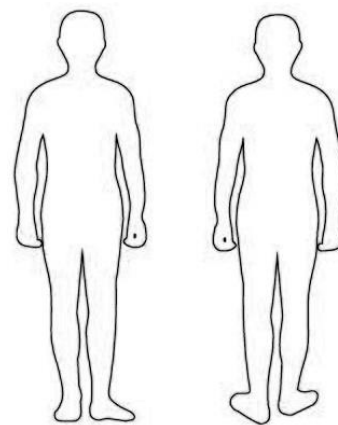
w dniu uczestniczył w przesiewowym programie profilaktyki i wczesnego wykrywania czerniaka skóry, finansowanym przez Miasto Słupsk – nie objęte finansowaniem z NFZ.

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=
----	--	---	--	----	--

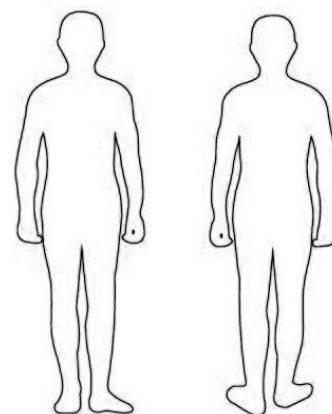
Rozpoznanie:

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