

Czerniak – to widzę! – wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz powiatu pabianickiego, zduńskowolskiego, łaskiego i sieradzkiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Nr RPLD.10.03.02-10-0016/20

**KARTA RYZYKA – Cz. I
(WYPEŁNIA PACJENT)**

Imię i nazwisko: _____

PESEL:

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

Płeć: K / M

Wykształcenie:					
<input type="checkbox"/> niższe podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> ponad-gimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe

Obszar zamieszkania:

- Wieś
- Miasto do 10 tys. mieszkańców
- Miasto do 50 tys. mieszkańców
- Miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
- Miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców
- Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

Udział w programie polityki zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego:

- pierwszorazowy
- uczestnik innych programów polityki zdrowotnej woj. łódzkiego

Sposób kwalifikacji do programu:

- rejestracja samodzielna - wiek 40-64 r.ż.
- zaproszenie od lekarza POZ

Motywacja do udziału w badaniu:

- z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze
- znamię zmieniło się lub wygląda podejrzanie, pojawiła się nowa zmiana
- w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry
- w mojej rodzinie zdiagnozowano raka skóry
- jestem osobą z jasną karnacją, rudą, z niebieskimi lub zielonymi oczami
- jestem osobą o obniżonej odporności
- chcę zbadać skórę w ramach profilaktyki
- inna

Czy poddany/a był/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej badaniu dermatoskopowemu? tak/ nie

Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości: _____

Czerniak – to widzę! – wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz powiatu pabianickiego, zduńskowolskiego, łaskiego i sieradzkiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Nr RPLD.10.03.02-10-0016/20

Czy Pana/Pani aktywność zawodowa jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat?

nie

tak, przez:

- 1 rok lub mniej
- 1-5 lat
- 5-10 lat
- ponad 10 lat

Obecnie wykonywany zawód: _____

Jak ocenia Pan/Pani reakcję swojej skóry na promienie słoneczne latem?

zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)

zawsze ulega oparzeniom, opala się minimalnie 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)

Czy w dzieciństwie doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

nie

tak

- 1-2 razy
- ponad 2 razy
- nie pamiętam

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

- 1-2 razy
- ponad 2 razy
- nie pamiętam

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

Hobby związane z intensywnym przebywaniem na słońcu: _____

Czy korzysta Pan/i z solarium?

nie

tak, do 20 lub mniej razy w roku

tak, więcej niż 20 razy w roku

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

tak

nie

nie pamiętam

Od ilu lat korzysta Pan/i z solarium? _____

Czerniak – to widzę! – wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz powiatu pabianickiego, zduńskowolskiego, łaskiego i sieradzkiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Nr RPLD.10.03.02-10-0016/20

Czy korzystał/a Pan/i z solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- tak nie

Jeśli tak, proszę podać ilość wizyt w solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy: _____

Czy korzysta lub korzystał/a Pan/i z lamp kwarcowych?

- tak nie

Jak często stosowała Pan/i kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1 godziny?

- nigdy czasami zawsze

Czy stosowała Pan/i kremy przeciwsłoneczne podczas opalania w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- nigdy czasem
 zawsze nie opalam się

Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/Pani używa?

- poniżej 10 SPF
 10-20 SPF
 20 SPF
 20-40 SPF
 50 SPF i więcej

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

- nigdy czasem zawsze

Czy spędził/a Pan/i 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 _____

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

- to moje pierwsze badanie raz w roku
 raz na dwa lata częściej niż raz w roku

Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?

- mniej niż 25 25-50 50-100
 więcej niż 100 nie znam

Czy przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- tak nie nie wiem/nie pamiętam

Jeśli tak, jak często przeprowadzał/a Pan/Pani samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- codziennie raz w tygodniu
 raz w miesiącu raz na pół roku

Czerniak – to widzę! – wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz powiatu pabianickiego, zduńskowolskiego, łaskiego i sieradzkiego „Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego”

Nr RPLD.10.03.02-10-0016/20

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

tak nie nie wiem

Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

tak nie nie wiem

Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?

tak nie nie wiem

Czy chorowała Pani/Pan na inne nowotwory skóry?

tak nie nie wiem

Czy ktoś w Pani/Pana najbliższej rodzinie chorował na czerniaka (krewni pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat i siostra):

nie tak, 1 osoba
 tak, 2 lub więcej osób nie wiem

Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?

tak nie nie wiem

Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?

tak nie nie wiem

Data i podpis uczestnika projektu: