

Projekt nr RPLD.10.03.02-10-0004/20 pn. „Zdrowy promyk. Projekt dla wdrożenia Programu profilaktyki nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka złośliwego dla mieszkańców województwa łódzkiego” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014- 2020

**KARTA RYZYKA- Cz. I- WYPEŁNIA PACJENT**

**Imię i nazwisko** …………………………………………………………………………………………………….

Data i miejsce wypełnienia ankiety ………………………………./ ……………………………………

Data urodzenia (dzień/ miesiąc/ rok)……………………/………………………./……………………

**Obszar zamieszkania:**

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

**Płeć:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kobieta |
|  | Mężczyzna |

**Wykształcenie**

[ ] podstawowe [ ] średnie

[ ] zawodowe [ ] wyższe

**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

Jeśli tak, to ile razy? …………………………….

**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 |
|  | Tak, przez 1- 5 lat |
|  | Tak, przez 5- 10 lat |
|  | Tak, przez ponad 10 lat |

 **Obecnie wykonywany zawód:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Jak ocenia Pan/Pani reakcję swojej skóry na promieniowanie 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 minimum 2 dni)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nie |
|  | Tak, 1-2 razy |
|  | Tak, 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 minimum 2 dni)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nie |
|  | Tak, 1-2 razy |
|  | Tak, 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 razy lub mniej w roku

 [ ] tak, więcej niż 20 razy w roku

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

 [ ] nie [ ] tak [ ] nie pamiętam

Od ilu lat korzysta Pan/i z solarium? ………………………………….

**Czy korzystała Pan/i z solarium w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

 [ ] nie [ ] tak

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

**Czy korzysta, lub korzystał Pan/i z lamp kwarcowych?**

 [ ] nie [ ] tak

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

 [ ] nigdy [ ] zawsze

 [ ] czasami

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

 [ ] nigdy [ ] zawsze

 [ ] czasem [ ] nie opalam się

**Jakich kremów z filtrem UV używa Pan/i najczęściej**

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

**Czy nosiła Pan/i 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/i na badanie swoich znamion?**

 [ ] częściej niż raz w roku [ ] raz na 2 lata

 [ ] raz w roku [ ] to moje pierwsze badanie

**Czy zna Pan/i liczbę znamion na ciele?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mniej niż 25 |
|  | 25- 50 |
|  | 50- 100 |
|  | Więcej niż 100 |
|  | Nie znam |

**Czy przeprowadzał Pan/i samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nie |
|  | Tak, codziennie |
|  | Tak, raz w tygodniu |
|  | Tak, raz w miesiącu |
|  | Tak, raz na pół roku |
|  | Nie wiem/ nie pamiętam |

**Czy starał/a się Pan/i ograniczać bezpośrednią ekspozycje na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?**

 [ ] tak [ ] nie [ ] nie wiem

**Czy chorował/a Pan/i na czerniaka?**

 [ ] tak [ ] nie [ ] nie wiem

**Czy chorował/a Pan/i na inne nowotwory skóry?**

 [ ] tak [ ] nie [ ] nie wiem

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

 [ ] nie [ ] tak, 1 osoba [ ] tak, więcej niż 2 osoby [ ] nie wiem

**Czy przyjmuje Pan/i leki immunosupresyjne?**

 [ ] tak [ ] nie [ ] nie wiem

**Czy cierpi Pan/i na przewlekłe choroby zapalne skóry?**

 [ ] tak [ ] nie [ ] nie wiem