



KWALIFIKACJA DO PROJEKTU - KARTA RYZYKA

w ramach projektu pt. „PO MOC W PROFILAKTYCE DERMATOLOGICZNEJ
- wdrożenie na obszarze m. Łodzi oraz podregionu piotrkowskiego „Programu profilaktyki
nowotworów skóry ze szczególnym uwzględnieniem czerniak złośliwego dla mieszkańców
województwa łódzkiego” nr RPLD.10.03.02-10-A002/21-00

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

1. Czy dotychczas zdiagnozowano u Pana/i nowotwór skóry?

TAK

NIE

2. Czy uczestniczył/a Pan/i w programie pt. „Program ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”

TAK

NIE

3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał/a Pani z konsultacji dermatologicznej wraz z badaniem dermatoskopowym/ wideodermatoskopowym całego ciała w ramach świadczeń gwarantowanych NFZ?

TAK

NIE

Jeśli pacjent na którekolwiek z pytań odp. TAK nie może wziąć udziału w programie!

4. Zamieszkuje/pracuje/uczę się na terenie m. Łódź lub podregionu piotrkowskiego?

TAK:

NIE

miasto Łódź

miejscowości poniżej 20 tys. mieszkańców (Piotrków Trybunalski, Bełchatów, Opoczno, Radomsko, Tomaszów Mazowiecki) (10 pkt.)

tereny wiejskie z obszaru realizacji projektu (powiat piotrkowski, bełchatowski, radomszczański, tomaszowski, opoczyński) (10 pkt)

5. Jestem osobą pracującą lub wyrażającą chęć podjęcia aktywności zawodowej?

TAK

NIE

6. Wiek:

=> 50 lat (20 pkt.)

< 50 lat

7. Niepełnosprawność:

Tak (10 pkt.)

Nie

8. Wykonywanie pracy w ekspozycji na słońce?

Tak (20 pkt.)

Nie

Ilość uzyskanych punktów:

Pacjent, który uzyskał min.10 pkt. może przejść do pytania 9

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																		
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. 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 osoba z jasną karnacją, rudą, z niebieskimi lub zielonymi oczami
- jestem osobą o obniżonej odporności
- chcę zbadać skórę w ramach profilaktyki
- inna.....

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

- zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze 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)

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

- TAK: 1-2 razy ponad 2 razy nie pamiętam
- NIE
- NIE PAMIĘTAM

12. 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)?

- TAK: 1-2 razy ponad 2 razy nie pamiętam
- NIE
- NIE PAMIĘTAM

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

14. Hobby związane z intensywnym przebywaniem na słońcu:

.....

15. Czy korzystał/a Pan/i z solarium przed ukończeniem 18 r.ż.?

- TAK NIE NIE PAMIĘTAM

16. Czy korzysta Pan/i z solarium?

- NIE, proszę przejść do pytania 17 TAK, do 20 razy lub mniej w roku TAK, więcej niż 20 razy w roku

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

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

- TAK, ile razy..... NIE

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

- TAK NIE

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

- nigdy, proszę przejść do pytania 21 nie opalam się, proszę przejść do pytania 21
- czasem zawsze

21. Jak często stosował/a Pan/i kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1h?

- nigdy, proszę przejść do pytania 21 czasami zawsze

22. Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/Pani używa?

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

imię i nazwisko pacjenta:	PESEL:																			
---------------------------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

- nigdy zawsze czasem

24. 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.....

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

- częściej niż raz w roku raz na 2 lata raz w roku to moje pierwsze badanie

26. Czy zna Pan/Pani liczbę znamion na ciele?

- < 25 25-50 50-100 >100 nie znam

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

- tak nie wiem/nie pamiętam nie

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

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

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

- tak nie wiem nie

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

- tak nie wiem nie

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

- nie tak, 1 osoba tak, więcej niż 2 osoby nie wiem

32. Czy przyjmuje Pan/Pani leki immunosupresyjne?

- tak nie nie wiem

33. Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłe choroby zapalne skóry?

- tak nie nie wiem

.....
data

.....
czytelny podpis uczestnika projekt