

### KARTA RYZYKA (wypełnia pacjent)

Załącznik nr 1B

1. Imię i nazwisko .....

2. Data i miejsce wypełnienia ankiety ...../...../.....

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

#### 4. Obszar zamieszkania:

<input type="checkbox"/>	Wieś
<input type="checkbox"/>	miasto do 10 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/>	miasto do 50 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/>	miasto od 50 tys. do 100 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/>	miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców
<input type="checkbox"/>	miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

#### 5. Płeć:

<input type="checkbox"/>	Kobieta
<input type="checkbox"/>	Mężczyzna

#### 6. Wykształcenie:

- podstawowe  średnie  
 zawodowe  wyższe

#### 7. Udział w programie polityki zdrowotnej na terenie woj. łódzkiego:

- pierwszorazowy  
 uczestnik innych programów polityki zdrowotnej woj. łódzkiego

#### 8. Sposób kwalifikacji do programu:

- rejestracja samodzielna - **wiek 40-64 lata**  
 zaproszenie od lekarza POZ - **wiek 18-39 lat**

#### 9. Motywacja do udziału w badaniu:

- z powodu wielu pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze  
 znamięt 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.....

#### 10. Czy poddany/a był/a Pan/Pani kiedykolwiek wcześniej badaniu dermatoskopowemu?

- tak  nie

11. Liczba badań dermatoskopowych w przeszłości .....

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

<input type="checkbox"/>	Nie
<input type="checkbox"/>	tak, przez 1 rok lub mniej
<input type="checkbox"/>	tak, przez 1- 5 lat
<input type="checkbox"/>	tak, przez 5- 10 lat
<input type="checkbox"/>	tak, przez ponad 10 lat

13. Obecnie wykonywany zawód: .....

14. Jak ocenia Pan/Pani reakcję swojej skóry na promieniowanie słoneczne latem?

<input type="checkbox"/>	zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala ( opala się zawsze tylko na czerwono)
<input type="checkbox"/>	zawsze ulega oparzeniom, opala się minimalnie lub z trudnością ( opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)
<input type="checkbox"/>	najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala ( najpierw opala się na czerwono dopiero później na brązowo)
<input type="checkbox"/>	ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu ( opala się zawsze na brązowo)

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

<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	tak, 1-2 razy
<input type="checkbox"/>	tak, ponad 2 razy
<input type="checkbox"/>	nie pamiętam

16. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające minimum 2 dni)?

<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	tak, 1-2 razy
<input type="checkbox"/>	tak, ponad 2 razy
<input type="checkbox"/>	nie pamiętam

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

18. Hobby związane z intensywnym przebywaniem na słońcu .....

19. Czy korzysta Pan/i z solarium?

<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	tak, do 20 razy lub mniej w roku
<input type="checkbox"/>	tak, więcej niż 20 razy w roku

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

nie                       tak                       nie pamiętam

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

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

nie                       tak

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

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

nie                       tak

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

nigdy                       czasami                       zawsze

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

nigdy                       czasem                       zawsze                       nie opalam się

**26. Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pan/i używa?**

<input type="checkbox"/>	poniżej 10 SPF
<input type="checkbox"/>	10 - 20 SPF
<input type="checkbox"/>	20 SPF
<input type="checkbox"/>	20 - 40 SPF
<input type="checkbox"/>	50 SPF i więcej

**27. Czy nosiła Pan/i okulary z filtrem UV w słoneczne dni?**

nigdy                       czasem                       zawsze

**28. Czy spędził/a Pan/i rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?**

<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat .....
<input type="checkbox"/>	tak, w życiu dorosłym/ liczba lat .....

**29. Jak często zgłasza się Pan/i na badanie swoich znamion?**

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

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

<input type="checkbox"/>	mniej niż 25
<input type="checkbox"/>	25 - 50
<input type="checkbox"/>	50 - 100
<input type="checkbox"/>	więcej niż 100
<input type="checkbox"/>	nie znam

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

<input type="checkbox"/>	nie
<input type="checkbox"/>	tak, codziennie
<input type="checkbox"/>	tak, raz w tygodniu
<input type="checkbox"/>	tak, raz w miesiącu
<input type="checkbox"/>	tak, raz na pół roku
<input type="checkbox"/>	nie wiem/ nie pamiętam

**32. Czy starał/a się Pan/i ograniczyć bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?**

tak                       nie                       nie wiem

**33. Czy chorował/a Pan/Pani na czerniaka?**

tak                       nie                       nie wiem

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

tak                       nie                       nie wiem

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

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

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

tak                       nie                       nie wiem

**37. Czy cierpi Pan/Pani na przewlekłą chorobę zapalną skóry?**

tak                       nie                       nie wiem