

Questionario campagna Nazionale del cancro della pelle

Completare da parte del paziente:

- 1) **Sesso:** femmina maschio
- 2) **Data di nascita:** giorno/mese/anno: / /
- 3) **Qual è il suo titolo di studio?**
 Scuole elementari Scuole superiori Scuole professionale Università
- 4) **Perché ha partecipato alla giornata del cancro della pelle?**
 Ho molti nei
 Ho un neo che è cambiato recentemente / ho un neo sospetto
 Ho avuto in passato un tumore della pelle
 Ho un familiare / amico che ha avuto un tumore della pelle
 Vorrei essere sottoposto ad una visita di controllo
- 5) **E' mai stato sottoposto ad una visita completa per i nei?**
 No Sì Numero di volte
- 6) **Ha avuto o ha un'occupazione all'aperto? Se sì, per quanti anni?**
 No Sì
 1 anno 1 anno, fino a 5 anni 5 anni, fino a 10 anni più di 10 anni
- 7) **Come reagisce la sua pelle al sole d'estate?**
 Mi scotto sempre e non mi abbronzano mai
 Mi scotto sempre, mi abbronzano poco o con difficoltà
 Mi scotto solo inizialmente e poi mi abbronzano
 Mi scotto raramente e mi abbronzano subito
- 8) **Ha avuto scottature solari gravi (con dolore, rossore, bolle, di durata di 2 giorni o più) prima dell'età di 18 anni?**
 No Sì Non ricordo
- 9) **Quanto spesso usa creme protettive solari se si espone al sole?**
- 9.1 Quando sta all'aperto per oltre 1 ora (escluso quando fa dei "bagni di sole")
 Mai Qualche volta Sempre
- 9.2 Applica la protezione solare quando fa dei "bagni di sole"?
 Mai Qualche volta Sempre
- 9.3 Non faccio "bagni di sole"
- 10) **Ha trascorso in totale 1 anno o più in un paese in cui il sole è più forte rispetto a quello che c'è nel paese dove vive ora?**
 No Sì, prima dei 18 anni di età per anni
 Sì, dopo i 18 anni di età per anni
- 11) **Esposizione solare in età adulta:**
- 11.1 Numero di settimane per anno trascorse in vacanza al sole:
 Mai meno di 2 settimane più di 2 settimane
- 11.2 Ha mai fatto le lampade presso solarium/centri estetici?
 No Sì, meno di 20 volte all'anno Sì, più di 20 volte all'anno
- 11.3 Numero di anni in cui ha usato le lampade abbronzanti nel passato? anni

Da completare da parte del dermatologo:

- 12) **Anamnesi familiare di melanoma** (melanoma in parenti di primo grado: padre, madre, fratello o sorella?)
 No Sì: 1 familiare Sì: più di 2 familiari di primo grado il paziente non sa riferire precisamente
- 13) **Anamnesi personale di tumore della pelle:**
 No Sì, melanoma Sì, altri tumori non-melanoma Il paziente non sa se ho avuto un tumore
- 14) **Visita dermatologica eseguita oggi:** su tutto il corpo esame parziale
- 15) **E' stata usata la dermatoscopia per esaminare il paziente:** No Sì
- 16) **Esame clinico:**
- 16.1 Numero di nevi: < 25 25-50 50-100 > 100
- 16.2 Presenza di lentiggini sul dorso/tronco No Sì
- 16.3 Presenza di nevi atipici (secondo la definizione *): No Sì Numero: _____
 * diametro > 6mm, bordi mal definiti, asimmetria, pigmentazione irregolare
- 16.4 Presenza di cheratosi attiniche: No Sì
- 17) **Lesioni clinicamente sospette:** (marcare per favore la localizzazione sullo schema a lato)
- 17.1 Melanoma No Sì Numero: _____
- 17.2 Carcinoma baso cellulare No Sì Numero: _____
- 17.3 Carcinoma spino cellulare No Sì Numero: _____
- 17.4 Altro / lesioni clinicamente non definite: No Sì Numero: _____
- 18) **La lesione è stata inizialmente identificata da:**
 Paziente Dermatologo altro Medico Marito/Moglie o Partner altra Persona
- Per favore compilare solo in caso di presenza di lesione sospetta! In caso di più lesioni, marcare solo la più importante.
- 19) **E' stata rilevata una lesione sospetta, che necessita di un trattamento. Al paziente è stato consigliato un trattamento dermatologico:** No Sì
- 20) **Il risultato è stato certificato istologicamente:** No Sì

