

## Questionario campagna Nazionale del cancro della pelle 14 – 18 maggio 2018

### 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

