

Nume: \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_

Data nașterii: \_\_\_\_\_ Localitate: \_\_\_\_\_

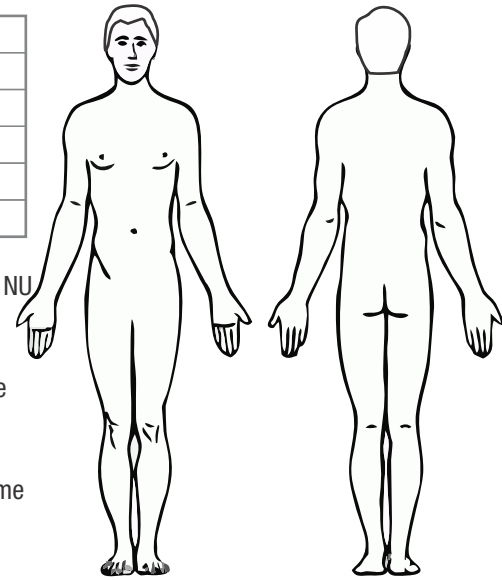
Telefon: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Ocupație: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Vă rugăm să bifați opțiunile potrivite dumneavoastră:**

**1. Fototipul cutanat:**

Fototip	Arsură solară	Mă bronzez
<input type="checkbox"/> I piele foarte albă	<input type="checkbox"/> Mereu	<input type="checkbox"/> Niciodată
<input type="checkbox"/> II piele albă	<input type="checkbox"/> Adesea	<input type="checkbox"/> Rar
<input type="checkbox"/> III piele ușor pigmentată	<input type="checkbox"/> Rar	<input type="checkbox"/> Adesea
<input type="checkbox"/> IV piele mediu pigmentată, arămie	<input type="checkbox"/> Niciodată	<input type="checkbox"/> Mereu
<input type="checkbox"/> V piele intens pigmentată	<input type="checkbox"/> Niciodată	<input type="checkbox"/> Mereu



2. Arsuri solare (înroșirea și exfolierea pielii) în copilărie (>2 ori):  DA  NU

**3. Istoric personal de:**

Melanom  Carcinom bazocelular  Carcinom spinocelular  Aluniță cu probleme

**4. Rude de gradul I cu următorul diagnostic:**

Melanom  Carcinom bazocelular  Carcinom spinocelular  Aluniță cu probleme

**5. Ați fost diagnosticat cu:**

Tulburare a sistemului imunitar  Neoplazie Altele: \_\_\_\_\_

**6. Aveți un număr de alunițe (aproximativ):**

Sub 25  25-50  50-100  >100

Data \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_

**MMD: TE AȘTEPTĂM LA CONTROLUL ALUNIȚELOR**

NUME \_\_\_\_\_ PRENUME \_\_\_\_\_



SCOR



**SCREENING DERMATOSCOPIC**

Data: \_\_\_\_\_

Nr. leziuni suspecte:

1  2  >2  >5

**RECOMANDARE**

URGENȚĂ

Consultație medic dermatolog

Reevaluare dermatoscopică

3 luni

6 luni

1 an

# \_\_\_\_\_

**MMD: TE AȘTEPTĂM LA CONTROLUL ALUNIȚELOR**