



Chestionar Extins de Anamneză pentru Cancerul de Piele

(Acest chestionar detaliat ajută medicul să evalueze factorii de risc, simptomele și istoricul medical relevant. Completați-l cu atenție!)

I. Informații Personale

- Nume și prenume: _____
- Data nașterii: _____
- Sex: ☐ Masculin ☐ Feminin
- Telefon: _____
- Adresă: _____
- Ocupație: _____
- Expunere profesională la substanțe periculoase (ex. arsenic, pesticide, hidrocarburi) ?
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați: _____

II. Istoric Medical Personal

- Ați fost diagnosticat (ă) anterior cu cancer de piele?
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați tipul:
☐ Melanom ☐ Carcinom bazocelular ☐ Carcinom scuamocelular ☐ Altul: _____
- Dacă ați fost diagnosticat (ă) cu cancer de piele, ce tratamente ați urmat ? (ex.: excizie chirurgicală, terapie cu radiații, chimioterapie, imunoterapie, inhibitori Hedgehog, alte tratamente specifice)

- Ați fost diagnosticat (ă) anterior cu un alt tip de cancer? (ex: sân, prostată, pancreas, colon etc.)
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați tipul: _____



- Dacă răspunsul anterior e « Da », ce tratamente ați urmat pentru acest cancer ? (ex.: chirurgie, chimioterapie, radioterapie, terapii țintite etc.)

- Ați fost diagnosticat(ă) anterior cu o mutație genetică care predispune la dezvoltarea cancerului de piele? (ex: mutații în genele BRCA, CDKNA etc.)
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați tipul: _____
- Aveți alte afecțiuni dermatologice cronice (ex. psoriazis, eczeme, vitiligo)?
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați: _____
- Aveți boli autoimune sau un sistem imunitar slăbit?
☐ Da ☐ Nu
- Luați medicamente care cresc sensibilitatea pielii la soare ? (ex. antibiotice, diuretice, retinoizi topici sau sistemici, medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (Ibuprofen, Naproxen, Ketoprofen), antidepresive, medicamente pentru controlul tensiunii arteriale, statine, antimalarice (Clorochină, hidroxiclorochină)?
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați ce medicament (e) : _____

III. Istoric Medical Familial

- Există cazuri de cancer de piele în familie?
☐ Da ☐ Nu, Dacă da, specificați rudele și tipul de cancer:

- Există alte afecțiuni genetice asociate cancerului de piele în familie?
☐ Da ☐ Nu ☐ Nu știu
Dacă da, specificați rudele și tipul de afecțiuni: _____
Dacă nu știți, consultați-vă cu un cadru medical.



IV. Expunere la Radiații UV și Factori de Risc

- **Cât timp petreceți zilnic la soare ?**
☐ <30 min ☐ 30 min – 1 oră ☐ 1-3 ore ☐ >3 ore
- **Ați suferit arsuri solare severe cu bășici ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, câte episoade? _____
- **Utilizați protecție solară zilnic ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, ce factor SPF? _____
- **Utilizați uleiuri/creme fără SPF pentru bronzare rapidă în timpul expunerii la soare?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați ? _____
- **Frecvențați saloane de bronzare artificială ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, cât de des ? _____
- **Ați locuit într-o zonă cu radiații solare intense (tropice, munți) ?**
☐ Da ☐ Nu
- **Care este tipul dvs. de piele în funcție de reacția la soare?**
☐ Piele foarte albă, ochi albaștri/verzi, păr blond/roșcat; Se arde întotdeauna, nu se bronzează
☐ Piele deschisă, ochi albaștri; Se arde ușor, se bronzează slab
☐ Piele albă mai închisă; Se bronzează după o arsură inițială
☐ Piele brun deschis; Se arde minim, se bronzează ușor
☐ Piele brună; Se arde rar, se bronzează intens cu ușurință
☐ Piele brun închis sau neagră; Nu se arde niciodată, se bronzează mereu intens
- **Ați fost expus la substanțe chimice toxice (arsenic, hidrocarburi (ulei de motor, ulei de masina, gudron, fum, etc)) ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, specificați: _____



V. Evaluarea Pielii și Simptome

- **Ați observat modificări ale pielii în ultimele 6 luni ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, ce tip de modificări?
☐ Alunițe noi ☐ Modificări de culoare ☐ Creștere în dimensiuni
☐ Sângerare ☐ Mâncărime ☐ Ulcerații persistente
 - **Ați observat pete roșiatice, solzoase sau leziuni care nu se vindecă ?**
☐ Da ☐ Nu
 - **Aveți durere sau sensibilitate crescută în zonele afectate ?**
☐ Da ☐ Nu
 - **Cât de des vă examinați pielea ?**
☐ Lunar ☐ La 6 luni ☐ Anual ☐ Niciodată
-

VI. Stil de Viață și Obiceiuri

- **Fumați ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, de câți ani? _____
 - **Consumați alcool ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, cât de frecvent? _____
 - **Aveți o dietă echilibrată, bogată în vitamine și antioxidanți?**
☐ Da ☐ Nu
 - **Mergeți la controale dermatologice regulate ?**
☐ Da ☐ Nu
Dacă da, ultima dată: _____
 - **Utilizați produse de îngrijire a pielii cu ingrediente naturale ?**
☐ Da ☐ Nu
-



VII. Observații Suplimentare

(Menționați orice alte simptome sau probleme legate de piele)

VIII. CONSIMȚĂMÂNT PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL

În conformitate cu **Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date (GDPR)**, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" din Timișoara prelucrează datele dvs. cu caracter personal în scopul desfășurării **programului de screening, diagnostic și tratament pentru cancerul de piele și/ sau cancerul hepatic** în cadrul proiectului HEPASKIN.

Datele vor fi prelucrate strict în scopuri medicale, după cum urmează:

- ✓ Screening și diagnostic pentru cancerul de piele și/ sau cancerul hepatic
- ✓ Monitorizarea pacienților în registrele medicale transfrontaliere
- ✓ Asigurarea unui plan de tratament personalizat
- ✓ Raportare statistică anonimă pentru îmbunătățirea serviciilor medicale

Datele dvs. vor fi **confidențiale** și protejate conform normelor GDPR. Acestea vor fi accesibile doar personalului medical autorizat și nu vor fi transmise terților fără consimțământul dvs., exceptând cazurile prevăzute de lege.

Acordul pacientului

- ☐ Sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale în scopurile menționate mai sus.
- ☐ Îmi dau consimțământul pentru includerea datelor mele în registrul transfrontalier de cancer de piele și/sau cancer hepatic, în scopul monitorizării medicale.
- ☐ Sunt de acord să fiu contactat(ă) pentru urmărirea stării mele de sănătate și pentru programări medicale viitoare.

✦ **Atenție!** Refuzul de a furniza aceste date poate limita accesul dvs. la anumite servicii de screening și tratament.

IX. Semnătura

Semnătura pacientului: _____

Data: _____