

## Frågeformulär och remissunderlag för bedömning av hudförändring

Namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

### Har du:

- |   |    |                          |     |                          |
|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| - Pågående behandling med blodförtunnande läkemedel?    | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| - Implantat inopererat?                                 | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| - Allergi mot lokalbedövningsmedel?                     | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| - Någon ärtlighet för Malignt Melanom?                  | JA | <input type="checkbox"/> | NEJ | <input type="checkbox"/> |
| - Tidigare <u>diagnostiserats</u> med hudcancerdiagnos? |    |                          |     |                          |

Om JA, i så fall vilken? \_\_\_\_\_

### Hudtyp:

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| Blir alltid röd, aldrig brun | <input type="checkbox"/> |
| Blir oftast röd, ibland brun | <input type="checkbox"/> |
| Blir aldrig röd, oftast brun | <input type="checkbox"/> |
| Blir ibland röd, alltid brun | <input type="checkbox"/> |
| Måttligt mörkhyad            | <input type="checkbox"/> |
| Mörkhyad                     | <input type="checkbox"/> |

### Nedan är för vårdpersonal att fylla i.

Lokalisation . \_\_\_\_\_ Storlek \_\_\_\_\_ mm

Lokalisation . \_\_\_\_\_ Storlek \_\_\_\_\_ mm

Lokalisation . \_\_\_\_\_ Storlek \_\_\_\_\_ mm

Godkänner att bilder används för utbildning

JA

NEJ