

Dátum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Kód účastníka: \_\_\_\_\_

## Histológia melanómov, opis:

| Melanóm č. _____  | Melanóm č. _____  | Melanóm č. _____  |
|---|---|---|
| <b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> in situ <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/><br>LM/LMM<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___<br><b>Breslow /:</b><br>_____<br><b>Fáza pTNM:</b><br>T___N___M___<br><b>Ulcerácia:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><input type="checkbox"/> Nie je uvedené<br><b>Mitózy:</b> ____/mm <sup>2</sup> | <b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> in situ <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/><br>LM/LMM<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___<br><b>Breslow /:</b><br>_____<br><b>Fáza pTNM:</b><br>T___N___M___<br><b>Ulcerácia:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><input type="checkbox"/> Nie je uvedené<br><b>Mitózy:</b> ____/mm <sup>2</sup> | <b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> in situ <input type="checkbox"/> SSM <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/><br>LM/LMM<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___<br><b>Breslow /:</b><br>_____<br><b>Fáza pTNM:</b><br>T___N___M___<br><b>Ulcerácia:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><input type="checkbox"/> Nie je uvedené<br><b>Mitózy:</b> ____/mm <sup>2</sup> |

Pre ďalšie nádorové ochorenia kože vytlačte ďalšie listy.

**Histológia bazocelulárneho karcinómu, opis:**

| BCC č. _____   | BCC č. _____   | BCC č. _____   |
|--|--|--|
| <b>Neinvazívna diagnóza?</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Ak áno</b> , prosím špecifikujte:<br><input type="checkbox"/> dermoskopia <input type="checkbox"/> confocal <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> LC-OCT <input type="checkbox"/> HD-OCT<br><b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> Superficiálny<br><input type="checkbox"/> Nodulárny<br><input type="checkbox"/> Infiltratívny<br><input type="checkbox"/> Iný<br><b>Pigment:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___ | <b>Neinvazívna diagnóza?</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Ak áno</b> , prosím špecifikujte:<br><input type="checkbox"/> dermoskopia <input type="checkbox"/> confocal <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> LC-OCT <input type="checkbox"/> HD-OCT<br><b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> Superficiálny<br><input type="checkbox"/> Nodulárny<br><input type="checkbox"/> Infiltratívny<br><input type="checkbox"/> Iný<br><b>Pigment:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___ | <b>Neinvazívna diagnóza?</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Ak áno</b> , prosím špecifikujte:<br><input type="checkbox"/> dermoskopia <input type="checkbox"/> confocal <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> LC-OCT <input type="checkbox"/> HD-OCT<br><b>Subtyp:</b><br><input type="checkbox"/> Superficiálny<br><input type="checkbox"/> Nodulárny<br><input type="checkbox"/> Infiltratívny<br><input type="checkbox"/> Iný<br><b>Pigment:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/___ |

Ak ide o neinvazívnu diagnózu, prosím špecifikujte (+inštrument):

**BCC č.** \_\_\_\_\_

**Neinvazívna diagnóza?**

Nie  Áno

**Ak áno**, prosím špecifikujte:

dermoskopia  confocal  OCT  LC-OCT  HD-OCT

**Histológia SCC, opis:**

| SCC č. _____   | SCC č. _____   | SCC č. _____   |
|--|--|--|
| <b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/____<br><b>In situ:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Stupeň diferenciácie:</b><br><input type="checkbox"/> Dobrý<br><input type="checkbox"/> Stredný<br><input type="checkbox"/> Málo dif.<br><input type="checkbox"/> Nediferencovaný<br><input type="checkbox"/> Neznámy<br><b>Breslow:</b> _____ | <b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/____<br><b>In situ:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Stupeň diferenciácie:</b><br><input type="checkbox"/> Dobrý<br><input type="checkbox"/> Stredný<br><input type="checkbox"/> Málo dif.<br><input type="checkbox"/> Nediferencovaný<br><input type="checkbox"/> Neznámy<br><b>Breslow:</b> _____ | <b>Lokalizácia:</b><br><input type="checkbox"/> Pokožka hlavy<br><input type="checkbox"/> Tvár<br><input type="checkbox"/> Nos<br><input type="checkbox"/> Ucho<br><input type="checkbox"/> Krk<br><input type="checkbox"/> Trup<br><input type="checkbox"/> Chrbát<br><input type="checkbox"/> Horná končatina<br><input type="checkbox"/> Dolná končatina<br><input type="checkbox"/> Ruka<br><input type="checkbox"/> Noha<br><input type="checkbox"/> Genitál<br><input type="checkbox"/> Iné<br><b>Dátum vzniku:</b> ___/___/____<br><b>In situ:</b> <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno<br><b>Stupeň diferenciácie:</b><br><input type="checkbox"/> Dobrý<br><input type="checkbox"/> Stredný<br><input type="checkbox"/> Málo dif.<br><input type="checkbox"/> Nediferencovaný<br><input type="checkbox"/> Neznámy<br><b>Breslow:</b> _____ |
| <b>Perineurálna invázia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené<br><b>Cievna embólia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené   | <b>Perineurálna invázia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené<br><b>Cievna embólia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené   | <b>Perineurálna invázia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené<br><b>Cievna embólia:</b><br><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Neuvedené   |