

# Eventi Avversi ai TATUAGGI

SCHEDA PAZIENTE

\*Campo obbligatorio

1. Indirizzo email \*

---

2. Data riscontro EVENTO AVVERSO \*

---

*Esempio: 7 gennaio 2019*

3. Iniziali del Paziente \*

---

4. Data di nascita del Paziente \*

---

*Esempio: 7 gennaio 2019*

5. Età del Paziente \*

*Contrassegna solo un ovale.*

< di 20 anni

20 – 40 anni

40 – 60 anni

> di 60 anni

6. Sesso Paziente \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Maschio

Femmina

7. Abitudini del Paziente \*

*Contrassegna solo un ovale per riga.*

	Si	No
Fumatore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavoratore outdoor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attività sportiva all'aperto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Altre abitudini del Paziente

---

---

---

---

---

9. Anamnesi patologica personale e familiare del Paziente

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Eczema
- Atopia
- Altre Allergie note
- Psoriasi
- Vitiligo
- Lichen Ruber Planus
- Presenza di molti Nevi
- Pregresso Melanoma
- Altre pregresse Neoplasie cutanee non Melanoma
- Familiarità per melanoma
- Patologie Autoimmuni
- Paziente Oncologico

Altro:  \_\_\_\_\_

10. Terapie assunte dal Paziente

---

---

---

---

---

11. Età del tatuaggio \*

*Contrassegna solo un ovale.*

o < di 1 mese

o < di 1 anno

o 1-10 anni

o > di 10 anni

12. Sede del tatuaggio \*

*Contrassegna solo un ovale.*

Volto: tatuaggio cosmetico

Volto: Tatuaggio ornamentale

Capo

Arti superiori

Mani

Tronco

Arti inferiori

Piedi

13. Presenza di Nevi \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

Nel tatuaggio

A meno di 1 cm dal tatuaggio

Altro:  \_\_\_\_\_

14. Colori del tatuaggio \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Nero
- Rosso
- Verde
- Azzurro
- Giallo
- Bianco
- Marrone

Altro:  \_\_\_\_\_

15. Acquisizione schede tecniche pigmenti utilizzati (se acquisite indicare quali)

---

---

---

---

---

16. Epoca di comparsa della Reazione Avversa \*

*Contrassegna solo un ovale.*

- < di 1 settimana
- < di 1 mese
- < di 1 anno
- > di 1 anno

17. Sintomatologia "locale" avvertita dal Paziente in sede di tatuaggio \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Prurito
- Bruciore
- Dolore
- Calore
- Anestesia
- Parestesie

Altro:  \_\_\_\_\_

18. Sintomatologia “generale” avvertita dal Paziente \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Prurito generalizzato
- Febbre
- Dolori articolari
- Malessere generale
- Patologie Infettive sistemiche (es. Epatite; AIDS; ecc)

Altro:  \_\_\_\_\_

19. Esame Obiettivo Dermatologico “locale” della Reazione Avversa \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Eritema
- Edema
- Tumefazione
- Vescicole
- Papule
- Pustole
- Bolle
- Ulcere
- Patologie Infettive locali (es. Verruche; Molluschi; Impetigine; ecc.)

Altro:  \_\_\_\_\_

20. Esame Obiettivo Dermatologico “generale” \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Rash Cutaneo
- Peggioramento di Patologia Dermatologica pre-esistente
- Linfangite
- Linfadenomegalia

Altro:  \_\_\_\_\_

21. Eseguiti Patch-test?

Se sì, indicare l'esito

\_\_\_\_\_

22. Eseguito Tampone per esame colturale?

Se sì, indicare l'esito

---

23. Eseguita Biopsia?

Se sì, indicare l'esito

*Contrassegna solo un ovale.*

Sì

No

24. Refertazione Istologica \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- PSEUDOLINFOMA
- REAZIONE PSEUDO-EPITELIOMATOSA
- NEOPLASIA
- REAZIONE GRANULOMATOSA COPRO ESTRANEO
- REAZIONE GRANULOMATOSA DA IPERSENSIBILITA'
- REAZIONE GRANULOMATOSA SARCOIDEA
- REAZIONE ECZEMATOSA
- REAZIONE LICHENOIDE
- REAZIONE ORTICARIOIDE
- REAZIONE VASCULITICA

Altro:  \_\_\_\_\_

## 25. Terapie Eseguite \*

*Seleziona tutte le voci applicabili.*

- Idratanti e Lenitivi locali
- Fotoprotezione
- Antibiotico topico
- Antibiotico sistemico
- Cortisonico Locale
- Cortisonico per infiltrazione
- Drenanti della matrice extra-cellulare e Stimolatori attività macrofagica
- Antistaminico sistemico
- Cortisonico Sistemico
- IDROSSICLOROCHINA sistemica
- Antivirali Topici
- Antivirali sistemici
- Terapia Laser
- Terapia LED
- Altre Terapie High Tech
- Chirurgia

Altro:  \_\_\_\_\_

## 26. Terapie Eseguite

Specificare in caso di drenanti e/o stimolatori, laser, led, altre terapie high tech o altro

---

---

---

---

---

---

Questi contenuti non sono creati né avallati da Google.

Google Moduli