



## Self Assessment Melanoma risk Score

### SAMScore

Quel est votre âge ? .....

1. Avez-vous des tâches de rousseur ?  oui  non
  
2. Combien de grains de beauté avez-vous approximativement sur l'ensemble des 2 bras (bras et avant bras) ?  plus de 20  moins de 20
  
3. Dans quel « groupe » vous classeriez-vous ?
  - Phototype I : peau très claire, cheveux blonds ou roux, yeux clairs (bleus ou verts), incapacité à bronzer avec coups de soleils constants après une exposition solaire.
  - Phototype II: peau claire, cheveux clairs ou châains, yeux clairs (bleus ou verts), coups de soleil fréquents.
  - Phototype III : peau légèrement mate, cheveux châains ou bruns, yeux bruns, parfois clairs.
  - Phototype IV : peau mate, cheveux foncés, yeux foncés
  - Phototype V: peau brun foncée, cheveux noirs, yeux noirs
  - Phototype VI : peau noire, cheveux noirs, yeux noirs
  
4. Au cours de votre enfance ou votre adolescence, avez-vous déjà pris des coups de soleil sévères (coups de soleil rouges et très douloureux avec cloques, brûlures solaires) ?  oui  non
  
5. Avez-vous vécu plus d'un an dans un pays à fort ensoleillement (Afrique, Moyen Orient, Dom-Tom, Sud des USA, Australie...) ?  oui  non
  
6. Avez-vous déjà eu au cours de votre vie un mélanome (également appelé « grain de beauté cancéreux », il s'agit d'un cancer de la peau se développant aux dépens des cellules responsables de la pigmentation de la peau) ?  oui  non
  
7. Un membre de votre famille proche (parent, enfant, frère ou sœur) a-t-il déjà eu un mélanome ?  
 oui  non  ne sais pas