

Regulamin Programu Mentorskiego Pierre Fabre
i EUROMELANOMA POLSKA 2024 (zwany dalej: „Regulaminem”)

§1 Cel Programu Mentorskiego

1. Program Mentorski Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o. i Euromelanoma Polska 2024 (zwany dalej „**Programem Mentorskim**”) organizowany jest w celu wsparcia akcji EUROMELANOMA POLSKA 2024, będącej elementem międzynarodowej kampanii edukacyjnej EUROMELANOMA, której przedmiotem jest profilaktyka nowotworów skóry, zwanej dalej „**Wydarzeniem**”). Wydarzenie na poziomie europejskim jest koordynowane przez prof. Veronique del Marmol, a w Polsce przez prof. Grażynę Kamińską – Winciorek. Partnerem Wydarzenia jest marka Avene, której dystrybutorem w Polsce jest Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Belwederskiej 20/22, 00-762 Warszawa (zwana dalej „**Pierre Fabre**”). Szczegółowy opis Wydarzenia jest zawarty na stronie www.eau-thermale-avene.pl.

2. Program Mentorski jest kierowany do lekarzy z aktualnym polskim prawem wykonywania zawodu, biorących aktywny udział w Wydarzeniu w terminie od 04.05.2024 do 30.06.2024 r., poprzez nieodpłatne badanie pacjentów pod kątem wystąpienia zmian skórnych, a w szczególności możliwych zmian przednowotworowych lub złośliwych nowotworów skóry- w szczególności raków skóry i czerniaka.

§ 2 Opis Programu Mentorskiego

1. Program Mentorski obejmuje jednodniowy pobyt w jednym z pięciu polskich ośrodków referencyjnych w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów skóry (zwanymi dalej „**Ośrodkami Referencyjnymi**”), połączony ze szkoleniem prowadzonym przez mentora, tj. lekarza - eksperta w zakresie diagnostyki i leczenia nowotworów skóry w danym Ośrodku Referencyjnym (zwanego dalej „**Mentorem**”). W ramach Programu Mentorskiego lekarz uzyska możliwość przeszkolenia z zakresu stanów przednowotworowych lub złośliwych nowotworów skóry, prowadzonego przez Mentora w danym Ośrodku Referencyjnym, zapoznania się z funkcjonowaniem Ośrodka Referencyjnego, metodami diagnostyczno-terapeutycznymi, a także dyskusji z Mentorem w celu podnoszenia kwalifikacji lekarskich. Czas przeznaczony na szkolenie wynosi 4 godziny; harmonogram szkolenia jest zawarty w treści Załącznika nr 1 do Regulaminu.

2. Lista Ośrodków Referencyjnych oraz nazwiska Mentorów zostały przygotowane i uzgodnione przez Krajowego Koordynatora Wydarzenia, prof. Grażynę Kamińską – Winciorek, zgodnie z postanowieniami Załącznika nr 2 do Regulaminu.

3. Pierre Fabre pokrywa koszty podróży lekarza do Ośrodka Referencyjnego oraz koszty noclegu, o ile konieczność pokrycia takich kosztów będzie konieczna z uwagi na miejsce zamieszkania lekarza, po uprzednim zaakceptowaniu kosztów zgodnie z procedurą wewnętrzną Pierre Fabre.

§ 3 Zasady uczestnictwa

1. Do udziału w Programie Mentorskim będzie uprawnionych 5 (pięciu) lekarzy, którzy na podstawie badań pacjentów, przeprowadzonych w ramach Wydarzenia, według

ustalonego wzoru formularza stanowiącego Załącznik nr 3 do Programu (zwanego dalej „**Formularzem**”), dostarczą do Pierre Fabre w terminie do dnia 30.06.2024 r. największą liczbę kompletnie wypełnionych i podpisanych Formularzy. Wypełnione Formularze powinny być wysłane na adres: Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o. ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa, w przesyłce z dopiskiem „EUROMELANOMA POLSKA 2024”.

2. Po przeliczeniu nadesłanych Formularzy, 5 (pięciu) lekarzy z największą liczbą kompletnie wypełnionych i podpisanych Formularzy otrzyma w terminie do 30.07.2024 r. informację o zakwalifikowaniu do Programu Mentorskiego, przestaną na adres mailowy podany w Formularzu.
3. W razie nadesłania przez lekarzy jednakowej liczby Formularzy kwalifikacja do Programu Mentorskiego nastąpi według kolejności ich otrzymania.
4. Przedstawiciel Pierre Fabre wskaże w przestanej do lekarza wiadomości e-mail adres Ośrodka Referencyjnego i kontakt z odpowiednim Mentorem, do którego zakwalifikowany lekarz niezwłocznie zgłosi się w celu uzgodnienia terminu odbycia Programu Mentorskiego. Termin odbycia Programu powinien być zaplanowany z wyprzedzeniem co najmniej 30 dni, ale nie później niż do 30.11.2024 r. Odbycie programu mentorskiego jest możliwe po spełnieniu wymogów formalno-prawnych określonych indywidualnie w każdym Ośrodku Referencyjnym.
5. Po ustaleniu terminu odbycia Programu Mentorskiego, lekarz niezwłocznie poinformuje o nim przedstawiciela Pierre Fabre, na adres e-mail: bernard.dzumaga@pierre-fabre.com.
6. Przedstawiciel Pierre Fabre niezwłocznie przekaże lekarzowi drogą e-mail do wypełnienia i podpisania wzór wniosku o sponsorowanie kosztów dojazdu lub zakwaterowania oraz informację o poniesionych kosztach, który zawarty jest w Załączniku nr 4 do Regulaminu. Lekarz wyśle podpisany wniosek o sponsorowanie z zestawieniem kosztów na adres BERNARD DŻUMAGA, PIERRE FABRE DERMO-COSMETIQUE POLSKA, BELWEDERSKA 20/22, 00-762 WARSZAWA, POLSKA. Dokument powinien być dostarczony do Pierre Fabre nie później niż 21 dni przed datą Programu Mentorskiego.
7. Na podstawie wniosku o sponsorowanie, Pierre Fabre dokona zakupu biletów i pokryje koszty zakwaterowania, a lekarz otrzyma od firmy dokument o uzyskanym dochodzie podlegającym opodatkowaniu (PIT).
8. Pierre Fabre dostarczy lekarzowi bilety elektroniczne oraz potwierdzenie rezerwacji i opłacenia kosztów noclegu drogą mailową nie później niż 7 dni przed datą Programu Mentorskiego.

§ 4 Przetwarzanie danych osobowych

1. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej: „RODO”, – informujemy, że:
 - a) Administratorem danych osobowych jest Pierre Fabre Dermo - Cosmetique Polska sp. z o.o („PFDC”) z siedzibą w Warszawie (00-762) przy ul. Belwederskiej 20/22,

zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem: 0000021960, NIP: 5262409388, REGON: 016262609, BDO : 000028408;

- b) Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych, z którym można się skontaktować:
- pisemnie pod adresem: Pierre Fabre Dermo-Cosmetique Polska sp. z o.o., ul. Belwederska 20/22, 00-762 Warszawa,
 - elektronicznie pod adresem e-mail: odo.pfdc@pierre-fabre.com.
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia Programu Mentorskiego – podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.
 3. Dane osobowe będą udostępnione wyłącznie Mentorom, w zakresie niezbędnym do realizacji Programu Mentorskiego.
 4. Dane osobowe przetwarzane do czasu upływu okresu przedawnienia ewentualnych roszczeń, jakie może podnosić administrator danych i jakie mogą być podnoszone wobec administratora danych, zgodnie z przepisami prawa.
 5. Osoby, których dane dotyczą, posiadają prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, w przypadkach przewidzianych przepisami prawa, usunięcia danych, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody, jeżeli jest ona podstawą przetwarzania danych, przy czym cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na legalność operacji na danych wykonanych do czasu jej cofnięcia.
 6. Osoby, których dane dotyczą, posiadają prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z RODO.
 7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale stanowi konieczny warunek do uczestnictwa w Programie Mentorskim.
 8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 9. Dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

§5 Postanowienia końcowe

1. Pierre Fabre zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2024 r.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

HARMONOGRAM SZKOLENIA – PROGRAMU MENTORSKIEGO

Wykład: diagnostyka złośliwych nowotworów skóry (w tym dermoskopia)	60 minut
Sprzęt diagnostyczny, organizacja pracy	30 minut
Algorytmy postępowania terapeutycznego	30 minut
Zajęcia praktyczne – wspólne badanie pacjentów	60 minut
Dyskusja, pytania i odpowiedzi	60 minut

Załącznik nr 2 do Regulaminu

LISTA OŚRODKÓW REFERENCYJNYCH ORAZ NAZWISKA MENTORÓW

1. Klinika Transplantacji Szpiku i Onkohematologii; Zespół ds Raka i Czerniaka Skóry, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach; prof. Grażyna Kamińska – Winciorek
2. Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie; prof. Piotr Rutkowski
3. Klinika Onkologii Klinicznej i Doświadczalnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; prof. Jacek Mackiewicz
4. Klinika Dermatologiczna Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; dr hab. n. med. Andrzej Bieniek
5. Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny; dr hab. n. med. Michał Sobjanek

Załącznik nr 3 do Regulaminu

FORMULARZ BADANIA EUROMELANOMA POLSKA 2024

FORMULARZ BADANIA

EUROMELANOMA POLSKA 2024

IMIĘ LEKARZA _____

NAZWISKO LEKARZA _____

ADRES MAILOWY LEKARZA _____

Wypełnia pacjent:

1. Płeć: ☐ Mężczyzna ☐ Kobieta

2. Rok urodzenia (YYYY): _____

3. Miejsce urodzenia (region, kraj): _____

4. Obecne zamieszkanie (region, kraj): _____

5. Masa ciała (Kg): _____ Wysokość (cm): _____

6. Pochodzenie: ☐ populacja kaukaska ☐ Afroamerykanin ☐ Azjatycka ☐ Hiszpańskie lub
Latynoskie. ☐ Inna (proszę sprecyzować): _____

7. Wykształcenie

☐ podstawowe ☐ średnie ☐ zawodowe ☐ wyższe

8. Czy obecnie jesteś z kimś blisko związany? ☐ Nie ☐ Tak

9. Dlaczego uczestniczysz w akcji Euromelanoma? (Zaznacz wszystkie, które Ciebie dotyczą)

- ☐ Mam wiele znamion
- ☐ Mam od niedawna podejrzaną zmianę na skórze
- ☐ Wcześniej zdiagnozowano u mnie raka skóry
- ☐ Mam członka rodziny lub znajomego z rakiem skóry
- ☐ Ponieważ chcę sprawdzić swoją skórę
- ☐ Ponieważ słyszałem o akcji w mediach

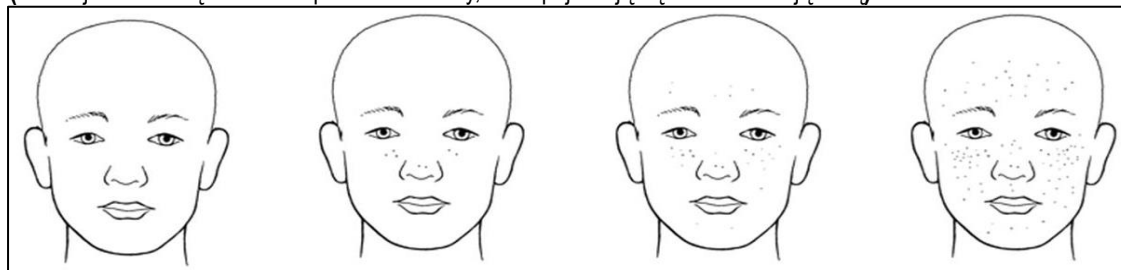
10. Czy już wcześniej uczestniczyłeś/łaś w akcji Euromelanoma? ☐ Nie ☐ Tak

11. Czy kiedyś miałeś/łaś badanie całego ciała (z wyjątkiem akcji Euromelanoma)? ☐ Nie ☐ Tak

12. Jaki był Twój naturalny kolor włosów w 18 r.ż. ? ☐ Rudy ☐ Blond ☐ Brąz ☐ Czarny

13. Ile piegów na twarzy masz w okresie letnim?

(Definicja: Jasnobrązowe małe plamki na twarzy, które pojawiają się latem i znikają zimą)



☐ Nie mam

☐ Kilka

☐ Niewiele

☐ Wiele

14. Jak Twoja skóra reaguje na letnie słońce?

Moja skóra: ☐ zawsze oparzenie, nigdy się nie opala ☐ rzadko oparzenie, łatwo się opala

☐ zawsze oparzenie, opala się minimalnie lub z trudem ☐ bardzo rzadko oparzenie, opala się bardzo łatwo ☐ czasami oparzenie, a następnie opala się ☐ nigdy się nie oparza

15. ZAWODOWA EKSPOZYCJA NA SŁOŃCE Czy wykonywałeś pracę / zawód, spędzając co najmniej 4 godziny dziennie na zewnątrz w słońcu między 11:00 a 16:00? ☐ Nie ☐ Tak	16. REKREACYJNA EKSPOZYCJA NA SŁOŃCE Czy masz hobby lub zajęcia fizyczne na świeżym powietrzu - inne niż opalanie się - między 11:00 a 16:00? ☐ Nie ☐ Tak	17. CELOWA EKSPOZYCJA NA SŁOŃCE Czy celowo spędzałeś/ łaś na słońcu wiosną / latem, w tym w wakacje, między 11:00 a 16:00? ☐ Nie ☐ Tak
Jeśli tak, to ile lat? ____	Jeśli tak, to ile lat? ____	Jeśli tak, to ile lat? ____
Jeśli tak, jak często stosujesz krem przeciwsłoneczny? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze	Jeśli tak, jak często stosujesz krem przeciwsłoneczny? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze	Jeśli tak, jak często stosujesz krem przeciwsłoneczny? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze
Jeśli tak, jak często używasz nakrycia głowy? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze	Jeśli tak, jak często używasz nakrycia głowy? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze	Jeśli tak, jak często używasz nakrycia głowy? ☐ Nigdy nie ☐ rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / ☐ Zawsze

Jeśli tak, jak często używasz ochronnej odzieży? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze	Jeśli tak, jak często używasz ochronnej odzieży? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze	Jeśli tak, jak często używasz ochronnej odzieży? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze
Jeśli tak, to jak często szukasz cienia lub przebywasz w pomieszczeniach w godzinach od 11:00 do 16:00? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze	Jeśli tak, to jak często szukasz cienia lub przebywasz w pomieszczeniach w godzinach od 11:00 do 16:00? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze	Jeśli tak, to jak często szukasz cienia lub przebywasz w pomieszczeniach w godzinach od 11:00 do 16:00? ☐ Nigdy nie rzadko ☐ Czasami ☐ Przez większość czasu / Zawsze

18. Ile razy w życiu spędzałeś czas na słońcu, aby uzyskać opaleniznę?

☐ 1 do 10 razy ☐ 11 do 25 razy ☐ Ponad 25 razy

19. Czy spędziłeś w sumie jeden rok lub więcej w kraju o znacznie większym nasłonecznieniu niż w kraju, w którym obecnie mieszkasz?

☐ Nie ☐ Tak → jeśli tak: ile lat przed ukończeniem 18 r.ż.? _____ lat
ile lat po ukończeniu 18 r.ż.? _____ lat

20. Czy kiedykolwiek doświadczyłeś poważnego oparzenia słonecznego?

(Definicja: oparzenia słoneczne z zaczerwienieniem i bólem przez 2 lub więcej dni lub powstawaniem pęcherzy niezależnie od czasu trwania)

Przed 18 r.ż.: ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie pamiętam

Po 18 r.ż. : ☐ Nie ☐ Tak ☐ Nie pamiętam

21. Czy kiedykolwiek korzystałeś z lamp słonecznych / solarium?

☐ Nie ☐ Tak → Jeśli tak: liczba sesji w ciągu życia: _____

Wiek pierwszej ekspozycji: _____

Wiek przy ostatniej ekspozycji: _____

Wypełnia lekarz:

22. Historia rodzinna czerniaka (u krewnych pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat, siostra):

☐ Nie ☐ Tak (1 krewny pierwszego stopnia) ☐ Tak (≥ 2 krewnych pierwszego stopnia) ☐ Pacjent nie wie

23. Historia rodzinna raka skóry (u krewnych pierwszego stopnia: ojca, matki, brata i siostry):

☐ Nie ☐ Tak ☐ Pacjent nie wie

24. Osobista historia raka skóry:

☐ Nie ☐ Tak, czerniak ☐ Tak, BCC (rak podstawnokomórkowy) ☐ Tak, SCC (rak płaskonabłonkowy) ☐ Tak: inne (proszę podać _____) ☐ Pacjent nie wie

25. Badanie skóry wykonane dzisiaj: ☐ Pełne ☐ Częściowe

26. Badanie przy użyciu dermoskopii: ☐ Tak ☐ Nie Ze światłem spolaryzowanym ☐ Ze światłem niespolaryzowanym ☐ Z UV ☐

27. Liczba znamion na całym ciele: ☐ <25 ☐ 25-50 ☐ 50-100 ☐ > 100

27.1 Obecność łącznie ponad 20 znamion na ramionach pacjenta ☐ Tak ☐ Nie

28. Obecność znamion atypowych klinicznie

(Definicja: asymetria, nierówne granice, nieregularna pigmentacja/kolor, średnica > 5 mm, rozprzestrzenianie się boczne/ wzrost)

☐ Nie ☐ Tak (jeśli tak, ile? _____)

29. Wrodzone znamiona (z wyłączeniem małych wrodzonych znamion):

• **Wrodzone znamiona średniej wielkości (> 1,5–40 cm):**

☐ Nie ☐ Tak (jeśli tak, strona (strony): _____)

• **Olbrzymie wrodzone znamiona (≥40 cm):**

☐ Nie ☐ Tak (jeśli tak, strona (strony): _____)

30. Obecność plam soczewicowatych posłonecznych

(Definicja: trwałe, liczne plamiste zmiany barwnikowe, w obszarach przewlekłego nasłonecznienia, nie znikają zimą)

☐ Nie ☐ Tak

31. Klinicznie podejrzane zmiany:

31,1. Czerniak: ☐ Nie ☐ Tak (numer: ____)

31,2 BCC: ☐ Nie ☐ Tak (numer: ____)

31,3 SCC: ☐ Nie ☐ Tak (numer: ____)

31,4 Rogowacenie słoneczne: ☐ Nie ☐ Tak (liczba: ____)

31,5 Inne lub niezdefiniowane klinicznie: ☐ Nie ☐ Tak (proszę określić: _____)

32. Zmiana została po raz pierwszy wykryta przez (proszę wypełnić tylko wtedy, gdy dermatolog zaobserwuje klinicznie podejrzaną zmianę, jeśli jest kilka zmian, najważniejsza klinicznie):

- ☐ pacjenta
- ☐ dermatologa
- ☐ innego pracownika medycznego
- ☐ małżonka/partnera
- ☐ inną osobę

33. Data wypełnienia ankiety