

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

INDICAZIONI SUL CONTENUTO E SULL'UTILIZZO

La scheda di valutazione delle tossicità per adulti è stata costruita in parte utilizzando un prototipo di scheda già esistente e successivamente integrata con altre tossicità mancanti attraverso la revisione delle evidenze scientifiche presenti nei *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE versione 5).

La scheda prevede l'inserimento dei dati sensibili della persona assistita, la data di compilazione e di specificare l'intensità del segno o sintomo riscontrato nel periodo post trattamento antitumorale sia esso farmacologico sia radioterapico. Le tossicità descritte coinvolgono tutti i distretti corporei e le possibili alterazioni psico-sensoriali derivate dall'assunzione e iperaccumulo della terapia.

Per favorire meglio la comprensione, ad ogni domanda segue la specifica degli eventuali sintomi correlati che la persona può indicare per iscritto oltre a segnalarne l'intensità attraverso la scala likert a 5 item.

Al fondo della scheda il professionista e/o la persona assistita possono trovare il riferimento bibliografico con il corrispondente *grading* e la leggenda di riferimento.

MODALITA' E TEMPISTICHE DI SOMMINISTRAZIONE

La letteratura raccomanda di utilizzare la modalità dei PRO (*patient reported outcomes*) perché è dimostrata essere più puntuale rispetto all'intercettazione di tossicità diversamente sottostimate e sotto riportate dai professionisti stessi. L'uso della scheda di valutazione nella forma cartacea o informatizzata (a seconda del contesto) può facilitare l'auto rilevazione delle tossicità da parte della persona assistita e ridurre i tempi di trattamento delle stesse.

Quindi questo strumento può essere somministrato al paziente alla fine di ogni trattamento con diverse modalità:

- In forma cartacea e in più copie da compilare settimanalmente e riportare alla visita successiva (segnalando telefonicamente al medico l'eventuale problema prima della visita);
- In forma digitalizzata da verificare da parte dei professionisti (infermieri/medici), con il supporto di un sistema informatico che preveda degli *alert*.

In tutti i casi è indicato strutturare una pianificazione clinico-assistenziale personalizzata in base al tipo di trattamento e relative tossicità per poterle intercettare precocemente attraverso, per esempio, un *follow up* telefonico infermieristico.

*Il GDS Infermieri della Rete Oncologica
Ariu, Brunetti, Cagnasso, Cavalieri, Civiero, Mentone.*

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

Nome e Cognome

Data compilazione

Pensi ai fastidi o sintomi che ha avuto dall'ultimo ciclo (sia con farmaci antitumorali sia per trattamenti radioterapici) ad oggi e metta una crocetta sul riquadro che meglio specifica l'INTENSITA' del sintomo, se ha avuto più sintomi in ogni casella specifichi il peggior.

	<p>HA AVUTO DISTURBI ALLA BOCCA? (Secchezza, piaghe, screpolature agli angoli, modifiche o difficoltà a sentire il sapore o gusto del cibo/bevande, infiammazione della mucosa, etc...) Se Sì, Indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO SINTOMI GASTRO-INTESTINALI? (Nausea, vomito, diarrea, stitichezza, inappetenza) Se Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DIFFICOLTA' A RESPIRARE? (Tosse, mancanza di fiato, respiro sibilante, altri) Se Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO FEBBRE? SE Sì, indichi la temperatura massima riscontrata TC.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA NOTATO CAMBIAMENTI DELLA PELLE? (Pelle: irritazioni, variazioni di colore, secchezza, altri) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA NOTATO CAMBIAMENTI DELLE UNGHIE? (Unghie: solchi, ispessimenti, variazioni colore, caduta, altri) SE Sì, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

	<p><u>SPECIFICO PER LA RADIOTERAPIA</u></p> <p>HA NOTATO BRUCIATURE O PIAGHE SULLA CUTE IN SEGUITO AI RAGGI? Se Sì, specifichi cosa ha avuto e la sede</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<p><u>SPECIFICO PER LA RADIOTERAPIA</u></p> <p>HA AVUTO DISTURBI DELLA SFERA CERVICO-CEFALICA? (Difficoltà a deglutire per dolore, riduzione anormale della saliva, infiammazione alla bocca, etc...) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<p>HA AVUTO PRURITO? SE SÌ, indichi la sede.....</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<p>HA AVUTO PROBLEMI ALLE MANI E/O AI PIEDI? (Edema, desquamazione, intorpidimento e/o alterazioni della sensibilità alle mani e/o piedi) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<p>SI È SENTITO STANCO? (Senso di fatica, mancanza di energie, debolezza)</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<p>HA AVUTO DOLORE? SE SÌ, con quale intensità?</p>	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO

(IN UN PUNTEGGIO DA 0-10, METTA UNA CROCETTA SULLA LINEA NEL PUNTO CHE ESPRIME MEGLIO L'INTENSITA' DEL SUO DOLORE)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SE SÌ, INDICARE LA SEDE.....

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

	<p>HA AVUTO SINTOMI CARDIO-CIRCOLATORI? (Gonfiore alle braccia o alle gambe, palpitazioni) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DIFFICOLTA' A DORMIRE? (insonnia, difficoltà a mantenere il sonno, risveglio precoce) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA VISTA E DELL'UDITO? (appannamento, lampi davanti agli occhi, eccessiva lacrimazione, ronzio delle orecchie) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA CONCENTRAZIONE O DELLA MEMORIA? Specifici.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELL'UMORE? (Ansia, tristezza, morale basso, si è sentito scoraggiato) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO? (disturbi a urinare, bruciore, dolore o urgenza alla minzione, irregolarità del ciclo mestruale, perdite vaginali, secchezza) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>
	<p>HA AVUTO DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE? (difficoltà a raggiungere o mantenere l'erezione, calo del desiderio, dolore durante il rapporto, problemi di eiaculazione, difficoltà a raggiungere l'orgasmo) SE SÌ, indichi quali.....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	MOLTISSIMO <input type="checkbox"/>

SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA' PER ADULTI

HA AVUTO ALTRI DISTURBI? SE Sì, indichi quali.....	PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO
	<input type="checkbox"/>				

LEGENDA DELLA SCALA LIKERT ASSOCIATA AL GRADING DELLE TOSSICITA'

GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
PER NULLA	UN PO'	ABBASTANZA	MOLTO	MOLTISSIMO

Grading secondo il Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 5.0

Grado 1: lieve, paziente asintomatico o con sintomi lievi, solo osservazione clinica o diagnostica; intervento non indicato.

Grado 2: moderato; indicato trattamento locale o non invasivo.

Grado 3: grave o clinicamente significativo ma non immediatamente pericoloso per la vita; può richiedere il ricovero ospedaliero o il prolungamento del ricovero in ospedale; disabilitante.

Grado 4: pericoloso per la vita, richiede intervento urgente.

Grado 5: morte correlata a intervento avverso.