

### INDICAZIONI SUL CONTENUTO E SULL'UTILIZZO

La scheda pediatrica di valutazione delle tossicità è stata costruita in parte utilizzando un prototipo di scheda già esistente per adulti e successivamente integrata con altre tossicità mancanti attraverso la revisione delle evidenze scientifiche presenti nei *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE versione 5). Sono state create due versioni uguali adattando ovviamente il linguaggio: una è indirizzata al caregiver del bambino e una è rivolta all'adolescente in grado di esprimere i sintomi.

Le schede prevedono l'inserimento dei dati sensibili, 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 il caregiver o l'adolescente possono indicare per iscritto oltre a segnalarne l'intensità attraverso la scala likert a 5 item. Al fondo della scheda è disponibile 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 Ped-PRO (*pediatric 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/o caregiver 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 PEDIATRICA DI VALUTAZIONE DELLE TOSSICITA'







Nome e Cognome .....

Data compilazione .....

Pensa ai fastidi o sintomi che hai avuto dall'ultimo ricovero ad oggi e metti una crocetta sul riquadro che meglio specifica l'INTENSITA' del sintomo, se hai avuto più sintomi in ogni casella specifica il peggiore.

	<p><b>HAI AVUTO DISTURBI ALLA BOCCA O GOLA O NASO?</b>            (Secchezza, afte, screpolature agli angoli, difficoltà a sentire il sapore o gusto del cibo/bevande, gusti strani, mal di gola, voce rauca, singhiozzo, sangue dal naso)            Se Sì, Indica 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><b>HAI AVUTO DISTURBI GASTRICI?</b>            (Ti sei sentito poco bene di stomaco (nausea), vomito, non hai voluto mangiare il pasto)            SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO SINTOMI INTESTINALI?</b>            (Cacca liquida/acquosa/diarrea, difficoltà a fare la cacca, pancia più grande del solito)            Se Sì, indica 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><b>HAI AVUTO DISTURBI URINARI?</b>            (dolore o bruciore quando facevi la pipì), sensazione di non poter aspettare a fare la pipì, hai fatto più pipì del solito, il colore della tua pipì è cambiato, hai fatto la pipì addosso per sbaglio?)            SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO PROBLEMI NEL RESPIRARE?</b>            (Respiro/fiato corto, tosse, fischio nel petto mentre respiri)            Se Sì, indica 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><b>HAI AVUTO FEBBRE, BRIVIDI O TREMORI?</b>            SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO DISTURBI DELLA VISTA E DELL'UDITO?</b>  (Vista offuscata/appannata, lampi di luce che non c'erano quando i tuoi occhi erano aperti o chiusi, occhi che lacrimavano, occhi secchi, rumore che hai sentito nelle orecchie come un ronzio, squillo, fischio, ruggito, schiocco)  SE Sì, indica 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><b>TI SEI SENTITO STANCO?</b>  (Affaticato, senza energie, debole, hai avuto giramenti di testa)  SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO DISTURBI DELLA CONCENTRAZIONE O DELLA MEMORIA?</b>  (Problemi nel prestare attenzione ad esempio TV, lettura, compiti, seguire la scuola da casa o problemi nel ricordare le cose)  SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO SENTIMENTI DI TRISTEZZA O DI INFELICITA', TI SEI SENTITO PREOCCUPATO O NERVOSO?</b>  SE Sì, indica 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><b>HAI AVUTO ALTRI DISTURBI?</b>  SE Sì, indica 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><b>SOLO SE HAI FATTO LA RADIOTERAPIA</b></p> <p><b>HAI NOTATO BRUCIATURE O PIAGHE SULLA CUTE IN SEGUITO AI RAGGI?</b>  Se Sì, specifica cosa hai avuto e dove  .....</p>	PER NULLA <input type="checkbox"/>	UN PO' <input type="checkbox"/>	ABBASTANZA <input type="checkbox"/>	MOLTO <input type="checkbox"/>	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.

*National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0. Bethesda: National Cancer Institute; 2017. Available from: [https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic\\_applications/ctc.htm](https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm)*