

**7° Convegno**  
Infermieristico Rete Oncologica

Gli infermieri per la Rete,  
la Rete per gli infermieri

**A PICCOLI  
PASSI VERSO  
NUOVI  
ORIZZONTI.**

19 settembre 2022 | Città Studi | Biella

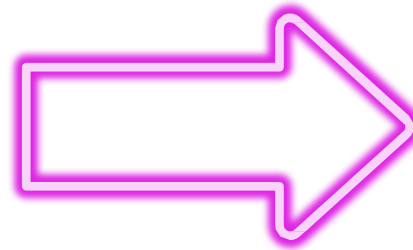
# La presa in carico all'inizio del percorso di cura: aggiornamento della scheda di valutazione infermieristica al **CAS**

**Samanta Clementi**

**29 settembre 2022**  
**BIELLA**



# Linee di indirizzo per la valutazione del paziente al CAS



**15 Luglio 2016**

# Gruppo infermieristico

## Rete oncologica

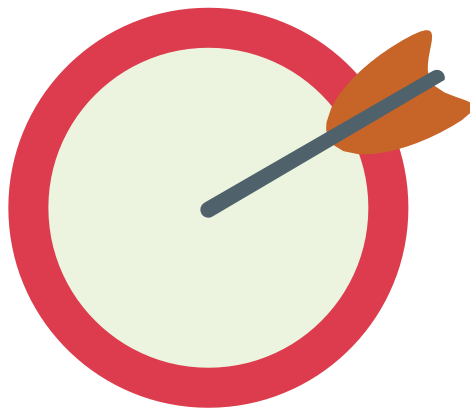




Why?

**Per orientare, sostenere e disciplinare l'assistenza, a livello Regionale, secondo modalità condivise e omogenee.**





**Fornire degli strumenti per arrivare ad una buona conoscenza del paziente all'inizio del percorso di cura.  
Garantirne la presa in carico globale.  
Individuare eventuali criticità.  
Intervenire precocemente e assicurare un'assistenza individualizzata.**

# METODO

**Analisi dei documenti validati esistenti**

**Revisione della letteratura**

**Confronti multiprofessionali**

- **quali aspetti indagare**  
**perché farlo**

- **in quale momento del**  
**percorso di cura del paziente**

- **quali strumenti**

- 



# AMBITI

Gli ambiti di valutazione che il Gruppo Infermieristico ha ritenuto importanti, in questo momento del percorso di cura, sono cinque:

- ⇒ **bio-psico-sociale**
- ⇒ **fragilità familiare**
- ⇒ **paziente anziano**
- ⇒ **dolore**
- ⇒ **accesso venoso**



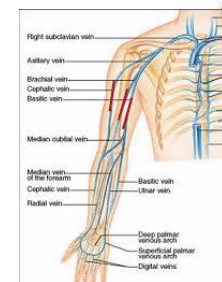
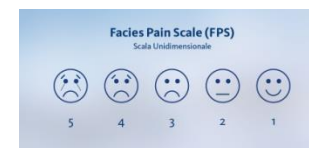
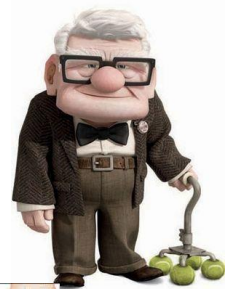
BIO



PSICO



SOCIAL



[Allegato 1]

**SCHEDA INFERMIERISTICA - VALUTAZIONE BIO-PSICO-SOCIALE**

**AREA BIOLOGICA - Indicatori**

A. E' presente o prevedibile un grave/invalidante deficit o mutamento corporeo?  SI  NV

B. Sono presenti sintomi rilevanti? (vedi in allegato lettera B)

C. E' presente o prevedibile una rapida progressione di malattia?

D. Sono presenti importanti difficoltà nutrizionali e/o significativa alterazione di peso?

E. E' presente un indice di Karnofsky < a 70?

F. Vi sono altri casi di tumore in famiglia?

**AREA PSICOLOGICA/PSICHIATRICA - Indicatori**

A. Ha mai sofferto di depressione o altri disturbi psichici o difficoltà cognitive?

B. E' o è stato seguito dai Servizi di Salute Mentale o NPI?

C. Assume o ha assunto farmaci per ansia o depressione?

D. E' presente un evidente stato di ansia /depressione/negazione eccessivo rispetto alla situazione?

E. Usa o ha usato sostanze o alcol in modo dipendente?

F. Vi è un'esplicita richiesta di aiuto da parte del paziente o dei familiari?

**AREA SOCIALE - Indicatori di fragilità familiare**

A. Il caregiver è assente o in difficoltà?

B. E' presente uno stato di gravidanza/ puerperio?

C. Ci sono figli minori in famiglia?

D. Sono presenti disabili psichici/ fisici in famiglia?

E. E' in carico al servizio sociale territoriale?

F. Ha una situazione abitativa critica \*?

G. Ha una situazione economica critica?

H. E' Cittadino Straniero irregolare?

I. La famiglia ha/havuto esperienze traumatiche o lutti importanti?

Note

Data \_\_\_\_\_ Firma Inf \_\_\_\_\_

Cognome e Nome .....

Luogo e data di nascita .....

Residenza .....

Recapito telefonico .....

**G8 Strumento di Screening per la valutazione geriatrica**

| Domande  | Possibili risposte  | Punteggio |
|--|---|-----------|
| <b>A</b> Negli ultimi 3 mesi, considerando le abitudini alimentari, è diminuita l'assunzione di cibo a causa di: perdita di appetito, problemi digestivi, difficoltà di masticazione e/o deglutizione? | 0: grave riduzione<br>1: moderata riduzione<br>2: normale assunzione                                      | .....     |
| <b>B</b> Perdita di peso durante gli ultimi 3 mesi?  | 0: riduzione >3kg<br>1: sconosciuta<br>2: riduzione fra 1 e 3 kg<br>3: non perdita di peso                | .....     |
| <b>C</b> Movimento?  | 0: letto o poltrona<br>1: in grado di alzarsi dal letto/sedia ma senza uscire<br>2: esce                  | .....     |
| <b>D</b> Problemi Neuropsicologici? (anamnestico)  | 0: demenza o depressione severa<br>1: demenza o depressione moderata/lieve<br>2: non problemi psicologici | .....     |
| <b>E</b> Se sospetto, rimandare compilazione a dopo invio allo specialista (Neurologo)   | 0: BMI <19<br>1: BMI 19 - 21<br>2: BMI 21 - 23<br>3: BMI >23  | .....     |
| <b>F</b> Assume stabilmente più di 3 tipologie di farmaci al giorno?   | 0: si<br>1: no  | .....     |
| <b>G</b> In confronto alle altre persone della stessa età come considera il paziente il suo stato di salute?   | 0: non buono<br>0,5: ignoto<br>1: buono<br>2: ottimo  | .....     |
| <b>H</b> Età   | 0: >85<br>1: 80-85<br>2: <80  | .....     |
| <b>Punteggio totale (0-17)</b>   |   | .....     |

Data ..... Amb/Rep Specialità ..... Firma .....

**Allegato lettera B AREA BIOLOGICA**

NEL CORSO DELL'ULTIMO MESE QUALI DISTURBI HA AVUTO?

|                                    | UN PO' | MOLTO | MOLTISSIMO |
|------------------------------------|--------|-------|------------|
| DOLORE                             |        |       |            |
| MAL DI TESTA                       |        |       |            |
| PROBLEMI NEL DORMIRE/INSONNIA      |        |       |            |
| SONNOLEZZA                         |        |       |            |
| VERTIGINI                          |        |       |            |
| TREMORI                            |        |       |            |
| CONFUSIONE                         |        |       |            |
| SENSAZIONE DI DEBOLEZZA/STANCHEZZA |        |       |            |
| MANCANZA DI APPETITO               |        |       |            |
| BOCCA ASCIUTTA                     |        |       |            |
| DIFFICOLTA' AD INGIOTTIRE          |        |       |            |
| NAUSEA                             |        |       |            |
| VOMITO                             |        |       |            |
| DOLORE DI STOMACO                  |        |       |            |
| DIFFICOLTA' A DIGERIRE             |        |       |            |
| DIARREA                            |        |       |            |
| STITICHEZZA                        |        |       |            |
| SINGHIOZZO                         |        |       |            |
| TOSSE                              |        |       |            |
| DIFFICOLTA' A RESPIRARE            |        |       |            |
| SUDORAZIONE                        |        |       |            |
| PRURITO                            |        |       |            |
| ALTRO (specificare.....)           |        |       |            |
| ALTRO (specificare.....)           |        |       |            |

SI E' SENTITO TRISTE O DEPRESSO  
 SI E' SENTITO ANSIOSO O SPAVENTATO  
 SI E' SENTITO NERVOSO, IRREQUIETO O IRRITABILE  
 SI E' SENTITO INSIICURO

Data di compilazione \_\_\_\_\_ Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Gruppo Infermieristico Rete Oncologica N. revisione 00 Data emissione 15 luglio 20

[Allegato 4]

**SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE**

UNITA' OPERATIVA: \_\_\_\_\_

COGNOME NOME: \_\_\_\_\_ DATA/NASCITA: \_\_\_\_\_

1) **DOLORE**

2) **SOSPETTA CAUSA**

3) **POSSIBILE CAUSA**

4) **INTENSITA' DOLORE** (vedi NRS (NUMERICAL RATING SCALE))

5) **TEMPORALITA'**

6) **INSORGENZA**

7) **ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA**

8) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

9) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

10) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

11) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

12) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

13) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

14) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

15) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

16) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

17) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

18) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

19) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

20) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

21) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

22) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

23) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

24) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

25) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

26) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

27) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

28) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

29) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

30) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

31) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

32) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

33) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

34) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

35) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

36) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

37) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

38) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

39) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

40) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

41) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

42) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

43) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

44) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

45) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

46) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

47) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

48) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

49) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

50) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

51) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

52) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

53) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

54) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

55) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

56) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

57) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

58) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

59) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

60) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

61) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

62) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

63) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

64) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

65) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

66) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

67) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

68) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

69) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

70) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

71) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

72) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

73) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

74) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

75) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

76) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

77) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

78) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

79) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

80) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

81) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

82) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

83) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

84) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

85) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

86) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

87) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

88) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

89) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

90) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

91) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

92) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

93) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

94) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

95) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

96) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

97) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

98) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

99) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

100) **STABILE SOMMINISTRAZIONE**

DATA VALUTAZIONE DOLORE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Progetto "Protezione Famiglia"**

**Scheda di individuazione delle fragilità**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Provenienza: \_\_\_\_\_

Diagnosi all'ingresso: \_\_\_\_\_

Aspettative di vita:  
 Breve  
 Media  
 Lunga

Paziente in fase di:  
 accoglienza CAS  
 accoglienza D.H  
 accoglienza UOCP

Caratteristiche della famiglia anagrafica:  
 Coniugato  
 Divorziato/a  
 Separato/a  
 Vedovo/a  
 Single

Con figli:  Con figli  Senza figli

Caratteristiche della famiglia di fatto (conviventi o figure di riferimento per il paziente)  
 Il paziente rifiuta di dare informazioni sulla famiglia

Indicare uno o più indici di fragilità della famiglia

Famiglia con bambini (0-14)  
 Famiglia con ragazzi e/o giovani adulti(14-20)  
 Famiglia con altri malati o con disabili  
 Famiglia con soggetti colpiti da disagio psichico  
 Famiglia con soggetti colpiti da alcolismo e/o tossicodipendenza

Famiglia con disagio economico per la presenza della malattia  
 Famiglia ristretta (età del familiare \_\_\_\_\_)  
 Famiglia con esperienze traumatiche (lutti , perdite gravi malattie)  
 Altro \_\_\_\_\_

Note libere

Nome del compilatore - Servizio di riferimento - Data :

[Allegato 5]

**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO**

**FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE**

1. KPS  < 70%  70-90%  > 90%

2. ETA  < 70 ANNI  70-80 ANNI  > 80 ANNI

3. ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE  ASSENTI  PRESENTI

4. DIABETE  ASSENTE  PRESENTE

5. COMORBIDITA' RILEVANTI  ASSENTI  PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITA')

6. PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROLOGIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAN, INSUFFICIENZA CARDIACA, STAVILOCCO ARTERIALE, METICILINO RESISTENTI, DISTURBI COAGULATIVI, ORETTA, AGITAZIONI PSICO-MOTORIA, AGITAZIONI CLINICHE

**ATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO**

1. FISILOGIA DEL SISTEMA:  VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI  VENE FORTI/DEBOLI  VENE DI PICCOLO CALIBRO

2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO:  SEGNI DI PRECEDENTI VEINOPUNTURE (ECCHIMOSI/EMATOMI)  SEGNI DI FLEBITIS/INFILTRAZIONI STRANIE  VENE DURE E SCLEROTICHE

3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI:  ENTRAMBE GLI ARTI SUPERIORI DISPONIBILI  UN SOLO ARTO SUPERIORE DISPONIBILE (PER LINFEDOMA, FRATTURE, ETC.)

1. NUMERO DI LINEA DI TRATTAMENTO  1° LINEA  2° LINEA  > 2° LINEA

2. DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO  < 6 MESI  6-12 MESI  > 12 MESI

3. SCHEDA DI SOMMINISTRAZIONE:  CICLO DI 01/02/03/04  CICLO SETTIMANALE (07/08/INDICAZIONE) (01/04) CICLO DI 01, 04, 07

4. TIPO DI FARMACI:  NEUTROFILOFILICI (01/03 - % GEMMIFERAZIONE < 500 - 600 MCM/ML)  BILANTANTI DI PRIMA LINEA (01/03 - % GEMMIFERAZIONE > 600 MCM/ML)  BILANTANTI O GEMMIFERAZIONE > 600 MCM/ML  INIEZIONI EMODERIVATI  INFUSIONI TRAMITE POMPA  > 4 SOMMINISTRAZIONI FARMACI A SOLO

Punteggio globale fattori A + B + C





# **QUANDO SI COMPILA**

**Nel rispetto delle raccomandazioni della Rete Oncologica, la valutazione della persona dovrà essere effettuata dall'infermiere del CAS, durante la fase di presa in carico o comunque dove avviene l'inizio del percorso di cura**

**Le schede possono essere ricompilate ogni  
qualvolta vi siano dei cambiamenti  
riguardanti lo stato di salute del paziente o  
fragilità psicosociali .**

**Seguono il paziente durante il suo percorso  
di malattia**

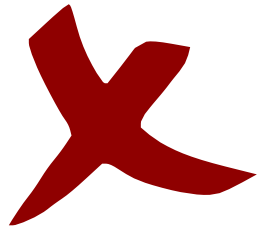


# Revisione 2018

## **METODO:**

**Confronto fra gruppo di  
studio infermieristico e  
operatori del CAS  
durante corsi di  
formazione**

# Revisione 2018



**Valutazione accessi venosi**



**Accertamento iniziale**



**Scheda sintomi**



**Valutazione stato nutrizionale**

# ACCERTAMENTO INIZIALE



## Valutazione infermieristica all'inizio del percorso di cura presso il CAS

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza/domicilio \_\_\_\_\_

Recapiti telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Occupazione: \_\_\_\_\_

Ipotesi diagnostica \_\_\_\_\_

### Provenienza:

MMG Nominativo \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Specialista Ospedale Nominativo \_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Altro ospedale \_\_\_\_\_

Pronto soccorso

Medico di riferimento del CAS \_\_\_\_\_

In possesso ET 048  Si  No

Se no, data di rilascio da parte del CAS: \_\_\_\_\_

Peso Kg \_\_\_\_\_ Altezza cm \_\_\_\_\_

Allergie note \_\_\_\_\_ profilassi MDC  No  Si

Cognome e nome \_\_\_\_\_

| KARNOFSKY                     | CARATTERISTICHE FUNZIONALI DELLA PERSONA                                    | ECOG                       |
|-------------------------------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100% | <input type="checkbox"/> Nessun disturbo, nessun segno di malattia          | <input type="checkbox"/> 0 |
| <input type="checkbox"/> 90%  | Possibili le normali attività, sintomatologia molto sfumata                 | <input type="checkbox"/> 0 |
| <input type="checkbox"/> 80%  | Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti                 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 70%  | Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili                  | <input type="checkbox"/> 1 |
| <input type="checkbox"/> 60%  | Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali                | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 50%  | Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche                    | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 40%  | Disabile. Necessario un aiuto qualificato                                   | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 30%  | Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte | <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> 20%  | Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita       | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> 10%  | Moribondo. Processi di malattia fatali rapidamente progressivi              | <input type="checkbox"/> 4 |

Diabete  No  Si in terapia con \_\_\_\_\_

Patologia tiroidea  No  Si in terapia con \_\_\_\_\_

Terapia anticoagulante/antiaggregante  No  Si con \_\_\_\_\_

Altre terapie \_\_\_\_\_

Comorbilità presenti \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Caratteristiche della famiglia:  Coniugato/a  Convivente  Single  
 Divorziato/a  Separato/a  Vedovo/a

Presenza di figli:  No  Si Maschi: \_\_\_\_\_ Femmine: \_\_\_\_\_  
 Età: \_\_\_\_\_ Età: \_\_\_\_\_

Caregiver  No  Si Nome \_\_\_\_\_

Rapporto con il paziente \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

# MALNUTRITON SCREENING TOOL (MST)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

## MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)

### STEP 1:

- Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?  
No 0  
Non sa 2
- Se sì, quanto ha perso?  
0.5 - 5 kg 1  
> 5 Kg - 10 kg 2  
> 10 kg - 15 kg 3  
> 15 kg 4
- Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito?  
No 0  
Sì 1

TOTALE PUNTEGGIO STEP 1: \_\_\_\_\_

### STEP 2:

Punteggio 0 = NO RISCHIO MALNUTRIZIONE

Si evidenzia una lieve riduzione degli introiti calorici senza perdita di peso  
NESSUN INTERVENTO RIVALUTAZIONE entro 30 gg  
da infermiere di riferimento

Punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO

RIVALUTAZIONE e MONITORAGGIO PESO entro 30 gg, gestito dall'infermiere di riferimento. Consigliare consultazione libretti "Quando alimentarsi diventa un problema" scaricabile da:

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/reticliniche/la-rete-di-dietetica-e-nutrizione-clinica>

Punteggio 2-3 = RISCHIO MALNUTRIZIONE MEDIO-ALTO

Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio 2 o 3 dovessero persistere per più di 7 gg: eseguire il MONITORAGGIO PESO e invitare il paziente a compilare il MONITORAGGIO INGESTA attraverso un diario alimentare di 2-3 giorni per INTERVENTO NUTRIZIONALE (Dietistico-Dietologico) da avviare precocemente CONTATTANDO DIRETTAMENTE il Centro di riferimento più vicino.



# VALUTAZIONE DOLORE

## PRIMA

## DOPO

Gruppo Infermieristico Rete Oncologica  
 N. revisione 00  
 Data emissione 15 luglio 20

[Allegato 4]

### SCHEDA INFERMIERISTICA VALUTAZIONE DOLORE

UNITA' OPERATIVA: \_\_\_\_\_

COGNOME NOME: \_\_\_\_\_ DATA NASCITA: \_\_\_\_\_

PATOLOGIA: \_\_\_\_\_

Medico Referente: \_\_\_\_\_

1) SEDE DOLORE: \_\_\_\_\_

IRRADIAZIONE: \_\_\_\_\_

2) SOSPETTA CAUSA:

- compressione delle radici nervose
- interessamento del tessuto osseo
- ostruzioni vasali     necrosi     infezioni
- fratture patologiche     radioterapia     chemioterapia

3) POSSIBILE QUALITÀ:

- dolore nocicettivo
- dolore neuropatico
- dolore viscerale

4) INTENSITÀ DOLORE: scala NRS (NUMERICAL RATING SCALE)

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5) TEMPORALITÀ:

|  |  |
|--|--|
| <p><u>Dolore continuo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ACUTO (inferiore ad 1 mese)</li> <li><input type="checkbox"/> CRONICO (superiore ad 1 mese)</li> </ul> | <p><u>Dolore episodico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> LENTO</li> <li><input type="checkbox"/> RAPIDO</li> <li><input type="checkbox"/> DOLORE INCIDENTE (REACTING TO CANCER PAIN STUP)</li> </ul> |
|--|--|

6) INSORGENZA:     PULSANTE     TRAFITIVO     ALTRO \_\_\_\_\_

7) ATTUALE TERAPIA ANTIDOLORIFICA:

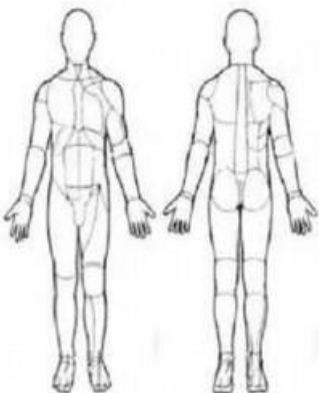
|   |                                 |                               |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| ANALGESICI ANTIPIRETICI ANTINFIAMMATORI | OPPIOIDI PER IL DOLORE MODERATO | OPPIOIDI PER IL DOLORE SEVERO |
|   |                                 |                               |

8) VIA DI SOMMINISTRAZIONE:

|       |           |             |            |         |              |
|-------|-----------|-------------|------------|---------|--------------|
| ORALE | SOTTOCUTE | SUBLINGUALE | ENDOVENOSA | RETTALE | TRANSDERMICA |
|-------|-----------|-------------|------------|---------|--------------|

DATA RILEVAZIONE DOLORE: \_\_\_\_\_ ORA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_



**Cognome e nome** \_\_\_\_\_

**Valutazione dolore:**    NRS    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Sedi dolore** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Irradiazione** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dolore**     acuto     cronico

**Terapia antidolorifica in atto:**

analgesici/ antipiretici /antinfiammatori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

oppioidi

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Supporto psicologico:** Il paziente     accetta     rifiuta     si riserva di decidere

**Supporto sociale:** Il paziente     accetta     rifiuta     si riserva di decidere

# SCHEDA SINTOMI

Data \_\_\_\_\_ Firma Infermiere Compilante \_\_\_\_\_

## Appendice dell'area biologica

Cognome e nome \_\_\_\_\_

| Respirazione   | Alimentazione   | Eliminazione urinaria   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eupnoico                                    | <input type="checkbox"/> Dieta libera   | <input type="checkbox"/> Autonoma   |
| <input type="checkbox"/> Dispnoico                                   | <input type="checkbox"/> Disgeusia  | <input type="checkbox"/> Oligoanuria<br><input type="checkbox"/> Pollacchiuria<br><input type="checkbox"/> Poliuria<br><input type="checkbox"/> Stranguria<br><input type="checkbox"/> Bisogno imperioso<br><input type="checkbox"/> Ematuria |
| <input type="checkbox"/> Tosse                                       | <input type="checkbox"/> Nausea   | Incontinenza urinaria<br><input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> si:<br>- diurna <input type="checkbox"/><br>- notturna <input type="checkbox"/><br>- occasionale <input type="checkbox"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____                                | <input type="checkbox"/> Vomito   | <input type="checkbox"/> Catetere vescicale:<br>- a permanenza <input type="checkbox"/><br>- a intermittenza <input type="checkbox"/><br>Tipo di catetere: _____<br>Data posizionamento _____   |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomia<br>Data: _____<br>Note: _____ | Alimentazione artificiale:<br><input type="checkbox"/> TPN<br><input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> PEG<br><input type="checkbox"/> SNG<br><input type="checkbox"/> Digijunostomia<br><input type="checkbox"/> Gastrostomia | <input type="checkbox"/> Urostomia<br>Data _____  |
|  | Difficoltà deglutizione:<br><input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> solidi<br><input type="checkbox"/> liquidi  | <input type="checkbox"/> Mutande/Pannolone per incontinenza   |
|  | <input type="checkbox"/> Xerostomia<br><input type="checkbox"/> Scialorrea<br><input type="checkbox"/> Difficoltà masticazione  | <input type="checkbox"/> Altro<br>_____<br>_____  |

Cognome e nome \_\_\_\_\_

| Eliminazione intestinale   | Cute   | Stato emotivo  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alvo regolare   | <input type="checkbox"/> Alterata<br>- tipo di lesione<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Aggressività verbale<br><input type="checkbox"/> Aggressività fisica<br><input type="checkbox"/> Agitazione |
| <input type="checkbox"/> Diarrea   | <input type="checkbox"/> Alterata<br>- sedi di lesione<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Rifiuto dell'assistenza   |
| <input type="checkbox"/> Stipsi<br>Uso di lassativi:<br>_____<br>_____<br>Uso di clisteri:<br>_____<br>_____ | <input type="checkbox"/> Prurito   | <input type="checkbox"/> Domande ripetitive  |
| <input type="checkbox"/> Stomia<br>Data _____<br>Note<br>_____<br>_____<br>_____                             | <input type="checkbox"/> Sudorazione                                     | <input type="checkbox"/> Allucinazioni<br><input type="checkbox"/> Deliri  |
| <input type="checkbox"/> Singhiozzo  |  | <input type="checkbox"/> Alterazioni del sonno   |
| <input type="checkbox"/> Altro   | <input type="checkbox"/> Altro   | <input type="checkbox"/> Altro   |





# OGGI

**L'utilizzo quotidiano dello strumento a fatto emergere, da parte degli infermieri del CAS, l'esigenza di una revisione dello strumento.**



**Realizzare un documento condiviso,  
aggiornato, snello e con dati  
significativi/utili per mettere in campo  
precocemente eventuali interventi che  
vadano a rispondere a bisogni e  
fragilità**

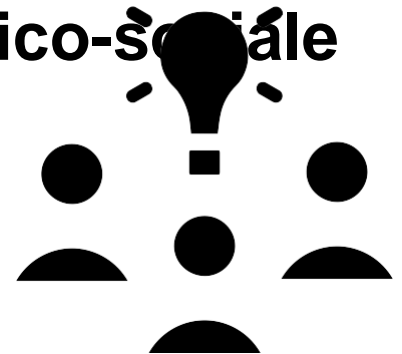
# METODO

- **Analisi dei documenti esistenti (schede di valutazione attualmente in uso)**
- **Revisione bibliografica analizzando la presenza di articoli recenti riguardanti la raccolta dati infermieristica nei pazienti oncologici**
- **Analisi di eventuali documenti utilizzati nelle proprie realtà, adottati oltre a quelli forniti dalla Rete Oncologica**



# **METODO:**

- **Contattato il referente del gruppo degli psicologi della Rete dott Marco Gonella affinché vi possa essere una collaborazione rispetto la revisione delle domande presenti nella scheda bio-pscico-sociale**
- **Contattata la referente del gruppo degli assistenti sociali della Rete dott.ssa Paola Giribaldi affinché vi possa essere una collaborazione rispetto la revisione delle domande presenti nella scheda bio-pscico-sociale**



# CONCLUSIONI/RISULTATO

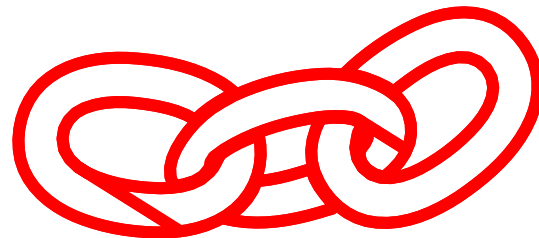
- **Lavoro multiprofessionale che ha portato alla realizzazione di uno strumento che garantisca equità nella valutazione al fine di programmare interventi clinico-socio-psicoassistenziali necessari**
- **Prendersi cura della persona globalmente e in modo concreto**
- **Naturalmente lo strumento da solo non basta , va associato ad un'organizzazione come indicato dal modello proposto dalla Rete Oncologica**



- ✓ **Lo strumento deve essere un aiuto, una guida...**
- ✓ **Può essere adattato alla propria realtà lavorativa...**



**L'operatore non deve interpretare tale strumento come una costrizione**



**TO BE  
CONTINUED** →

*thanks*  
FOR ATTENTION