

|  |                  |         |
|--|------------------|---------|
|  | ognome           | Barcode |
|  | lome             |         |
|  | ata di nascita   |         |
|  | ° CCI/Nosologico |         |

### SCALA KPS (Indice di KARNOFSKY)

| ATTIVITA' LAVORATIVA  | ATTIVITA' LAVORATIVA                                       | CURA PERSONALE   | SINTOMI/ SUPPORTO SANITARIO   | PUNTEGGIO |
|---|--|--|---|-----------|
| COMPLETA  | COMPLETA   | COMPLETA   | COMPLETA  | 100       |
| DIFFICOLTA' LIEVE   | LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE                              | COMPLETA   | SEGNI/SINTOMI MINORI<br>Calo ponderale < 5%<br>Calo energie *             | 90        |
| DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE   | DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA<br>(camminare/guidare)        | LIEVE DIFFICOLTA'                                      | ALCUNI SINTOMI<br>Calo ponderale < 10%<br>Calo moderato di energie**      | 80        |
| INABILE   | DIFFICOLTA' MODERATA<br>(si muove prevalentemente in casa) | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI<br>Grave calo ponderale >10%*** | ALCUNI SEGNI E SINTOMI<br>(calo grave di energie)                         | 70        |
|   | GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/ GUIDARE                     | DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE                           | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI<br>Grave calo ponderale >10%***                    | 60        |
|   | ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                     | GRAVE DIFFICOLTA'                                      | SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE<br>Paziente ambulatoriale                    | 50        |
|   | A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                    | LIMITATA CURA DI SE'                                   | ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA<br>(per frequenza e tipo di interventi) | 40        |
|   | INABILE  | INABILE  | INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO<br>SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO  | 30        |
| * SALTUARI<br>Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo<br><br>** SALTUARI O COSTANTI<br>Condizionanti spesso il supporto terapeutico<br><br>*** COSTANTI O INVALIDANTI<br>Condizionanti il supporto terapeutico |  |  | GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI<br>IRREVERSIBILE       | 20        |
|   |  |  | RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI                            | 10        |
|   |  |  | DECEDUTO  | 0         |

#### Punteggio \*

|       |  |
|-------|--|
| 100 % | Nessun disturbo, nessun segno di malattia.                                   |
| 90 %  | Possibili le normali attività, Sintomatologia molto sfumata.                 |
| 80 %  | Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti.                 |
| 70 %  | Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili.                  |
| 60 %  | Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali.                |
| 50 %  | Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche.                    |
| 40 %  | Disabile. Necessario un aiuto qualificato.                                   |
| 30 %  | Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte. |
| 20 %  | Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita.       |
| 10 %  | Processi di malattia fatali rapidamente progressivi.                         |
| 0 %   | Morte.   |

\*Fonte: Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky Performance Status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale and vice-versa. 1992 European Journal of Cancer 28A(8-9):1328-1330



|  |                   |         |
|--|-------------------|---------|
|  | Cognome           | Barcode |
|  | Nome              |         |
|  | Data di nascita   |         |
|  | N° CCI/Nosologico |         |

### SCALA KPS (Indice di KARNOFSKY)

| ATTIVITA' LAVORATIVA<br>COMPLETA  | ATTIVITA' LAVORATIVA<br>COMPLETA                           | CURA PERSONALE<br>COMPLETA                             | SINTOMI/<br>SUPPORTO SANITARIO<br>COMPLETA                                | PUNTEGGIO |
|---|--|--|---|-----------|
| DIFFICOLTA' LIEVE   | LIEVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE                              | COMPLETA   | SEGNI/SINTOMI MINORI<br>Calo ponderale < 5%<br>Calo energie *             | 100       |
| DIFFICOLTA' LIEVE - GRAVE   | DIFFICOLTA' LIEVE - MODERATA<br>(camminare/guidare)        | LIEVE DIFFICOLTA'                                      | ALCUNI SINTOMI<br>Calo ponderale < 10%<br>Calo moderato di energie**      | 80        |
| INABILE   | DIFFICOLTA' MODERATA<br>(si muove prevalentemente in casa) | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI<br>Grave calo ponderale >10%*** | ALCUNI SEGNI E SINTOMI<br>(calo grave di energie)                         | 70        |
|   | GRAVE DIFFICOLTA' A CAMMINARE/<br>GUIDARE                  | DIFFICOLTA' MODERATA - GRAVE                           | SEGNI/SINTOMI MAGGIORI<br>Grave calo ponderale >10%***                    | 60        |
|   | ALZATO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                     | GRAVE DIFFICOLTA'                                      | SUPPORTO SANITARIO FREQUENTE<br>Paziente ambulatoriale                    | 50        |
|   | A LETTO PER OLTRE IL 50% DELLA GIORNATA                    | LIMITATA CURA DI SE'                                   | ASSISTENZA SANITARIA STAORDINARIA<br>(per frequenza e tipo di interventi) | 40        |
|   | INABILE  | INABILE  | INDICATO RICOVERO OSPEDALIERO/ DOMICILIO<br>SUPPORTO SANITARIO INTENSIVO  | 30        |
| * SALTUARI<br>Non condizionanti il supporto terapeutico continuativo<br><br>** SALTUARI O COSTANTI<br>Condizionanti spesso il supporto terapeutico<br><br>*** COSTANTI O INVALIDANTI<br>Condizionanti il supporto terapeutico |  |  | GRAVE COMPROMISSIONE DI UNA O PIU' FUNZIONI VITALI<br>IRREVERSIBILE       | 20        |
|   |  |  | RAPIDA PROGRESSIONE PROCESSI BIOLOGICI MORTALI                            | 10        |
|   |  |  | DECEDUTO  | 0         |

#### Punteggio \*

|       |  |
|-------|--|
| 100 % | Nessun disturbo, nessun segno di malattia.                                   |
| 90 %  | Possibili le normali attività, Sintomatologia molto sfumata.                 |
| 80 %  | Normali attività possibili con difficoltà. Sintomi evidenti.                 |
| 70 %  | Cura di se stessi. Normali attività e lavoro non possibili.                  |
| 60 %  | Necessario qualche aiuto, indipendente nei bisogni personali.                |
| 50 %  | Aiuto spesso necessario, richiede frequenti cure mediche.                    |
| 40 %  | Disabile. Necessario un aiuto qualificato.                                   |
| 30 %  | Severamente disabile. Ospedalizzazione necessaria ma senza rischio di morte. |
| 20 %  | Estremamente malato. Richieste misure intensive di supporto alla vita.       |
| 10 %  | Processi di malattia fatali rapidamente progressivi.                         |
| 0 %   | Morte.   |

\*Fonte: Verger E, Salamero M, Conill C. Can Karnofsky Performance Status be transformed to the Eastern Cooperative Oncology Group Scoring Scale and vice-versa. 1992 European Journal of Cancer 28A(8-9):1328-1330





## SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PATRIMONIO VENOSO

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ N. c.c. \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di ricovero \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Diagnosi \_\_\_\_\_  
 Intento Trattamento CHT ☐ *Adiuvante/Neoadiuvante* ☐ *Palliativo*  
 Data valutazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma/Sigla Infermiere \_\_\_\_\_

### A) FATTORI CORRELATI AL PAZIENTE

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| 1. KPS   | 70 -100%                              | 0 |
|  | < 70%                                 | 1 |
| 2. ETÀ   | =< 70 ANNI                            | 0 |
|  | > 70 ANNI                             | 1 |
| 3. ALTERAZIONI SENSORIE E MOTORIE  | ASSENTI                               | 0 |
|  | PRESENTI                              | 2 |
| 4. DIABETE   | ASSENTE                               | 0 |
|  | PRESENTE                              | 2 |
| 5. COMORBIDITÀ RILEVANTI<br><small>PATOLOGIE CIRCOLO VENOSO PERIFERICO, NEUROPATIE PERIFERICHE, TRATTAMENTO DIALITICO CON FAV, IMMUNODEPRESSIONE, STAFILOCOCCO AUREUS METICILLINO RESISTENTE, DISTURBI COAGULATIVI, OBESITÀ, AGITAZIONE PSICO-MOTORIA, AFFEZIONI CUTANEE</small> | ASSENTI                               | 0 |
|  | PRESENTI (ANCHE SOLO UNA COMORBIDITÀ) | 1 |

**A) Fattori correlati al paziente = tot \_\_\_\_/7**

### B) FATTORI CORRELATI ALLE CONDIZIONI DEL CIRCOLO VENOSO PERIFERICO

|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. FISILOGIA DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO   | <input type="checkbox"/> VENE POCO VISIBILI E/O POCO PALPABILI                  | 1 |
|  | <input type="checkbox"/> VENE TORTUOSE/MOBILI                                   | 1 |
|  | <input type="checkbox"/> VENE DI PICCOLO CALIBRO                                | 1 |
| 2. ALTERAZIONI DEL SISTEMA VENOSO PERIFERICO | <input type="checkbox"/> SEGNI DI PRECEDENTI DI VENIPUNTURE (ECCHIMOSI/EMATOMI) | 1 |
|  | <input type="checkbox"/> SEGNI DI FLEBITE/INFILTRAZIONI /STRAVASI               | 1 |
|  | <input type="checkbox"/> VENE DURE E SCLEROTICHE                                | 1 |
| 3. CONDIZIONI ARTI SUPERIORI                 | ENTRAMBI GLI ARTI SUPERIORI DISPONIBILI   | 0 |
|  | UN SOLO ARTO SUPERIORE DISONIBILE (PER LINFEDEMA, FRATTURE, ETC.)               | 1 |

**B) Fattori correlati alle condizioni del circolo venoso periferico = tot \_\_\_\_/7**

**C) FATTORI CORRELATI AL TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO**

|                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| 1. NUMERO DI LINEA DI TRATTAMENTO  | 1° LINEA  | 0 |
|                                    | >= 2° LINEA   | 1 |
| 2. DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO | < 6 MESI  | 0 |
|                                    | >= 6 MESI   | 1 |
| 3. SCHEDULA DI SOMMINISTRAZIONE    | RICICLO D1 Q21/Q28 0  | 0 |
|                                    | RICICLO SETTIMANALE (Q7)/QUINDICINALE (Q14)/RICICLO D1, 8 Q21 | 1 |
| 4. TIPO DI FARMACI                 | NEUTRO/I O (PH 5 – 9; OSMOLARITÀ < 500 – 600 MOSM/L)          | 0 |
|                                    | IRRITANTE/I O PH < 5 O > 9                                    | 1 |
|                                    | IRRITANTE O OSMOLARITÀ > 600 MOSM/L                           | 1 |
|                                    | INFUSIONE EMODERIVATI   | 1 |
|                                    | INFUSIONE TRAMITE POMPA                                       | 1 |
|                                    | > 4 SOMMINISTRAZIONI FARMACI A BOLO                           | 1 |

**C) Fattori correlati al trattamento = tot \_\_\_\_ / 8**

**Punteggio globale fattori A + B + C \_\_\_\_ /**

**Legenda Punteggio:**

**0-4 = indicato AVP con monitoraggio delle complicanze  
5-10 = non indicato AVP; indicato posizionamento Midline o PICC con valutazione della durata del trattamento e delle preferenze del paziente  
> 10 = non indicato AVP; indicato posizionamento di AVC. La scelta del tipo di device per l'AVC deve avvenire sulla base delle preferenze del paziente e del tipo di trattamento in corso**

**Note – Osservazioni ulteriori**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## Scheda Gestione Mucosite

Nome del paziente \_\_\_\_\_ Ricovero del \_\_\_\_\_

[illegible]

## Classificazione della mucosite orale secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) 1979

**Grado 0: Nessuna**

**Grado 1: Dolori in bocca, eritema**

**Grado 2: Eritema orale, ulcerazioni . Il paziente può assumere alimenti solidi**

**Grado 3: Ulcerazioni orali. Il paziente può assumere esclusivamente alimenti liquidi**

**Grado 4: Non è possibile l'alimentazione per via orale**

Da questa classificazione risulta una valutazione generale del rispettivo livello di gravità della mucosite orale. La scala combina alcune caratteristiche obiettive della mucosite orale (eritema e ulcerazioni) con le capacità di bere o mangiare.





## VERBALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

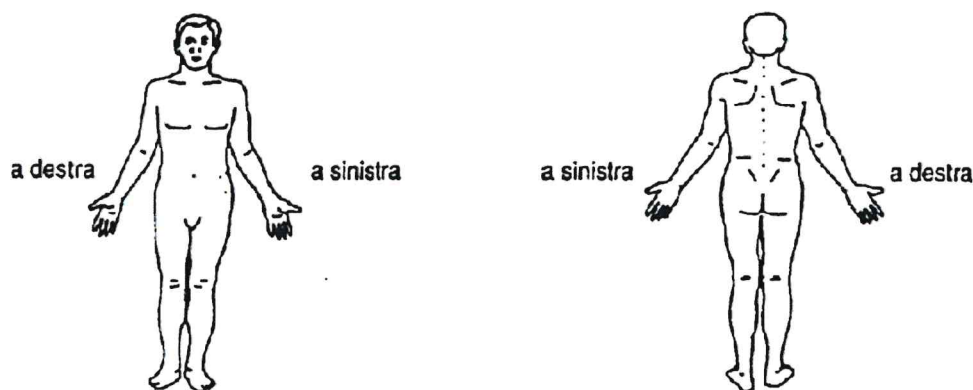
Paziente \_\_\_\_\_

☐ prima valutazione  
☐ rivalutazione

Dolore: ☐ da meno di 3 mesi ☐ da più di 3 mesi ☐ da anni \_\_\_\_\_ ☐ altro \_\_\_\_\_

### 1. Localizzazione dei dolori (eventualmente farla disegnare nello schema dal paziente)

X = dolore locale    XXXX = dolore su una grande superficie    → = irradiazione



2. Descrizione dei dolori principali (con parole del paziente): \_\_\_\_\_

### 3. Intensità:



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore    Fa un po' male    Fa un po' più male    Fa molto male    Dolore insopportabile

4. Fattori che scatenano il dolore \_\_\_\_\_

### 5. Dolore episodico intenso:

- Quando il dolore aumenta è lo stesso tipo di dolore di base, o è differente? \_\_\_\_\_

- Quante volte aumenta durante la giornata? \_\_\_\_\_

6. Fattori che alleviano il dolore \_\_\_\_\_

7. Altri sintomi importanti \_\_\_\_\_

8. Farmaci finora inefficaci \_\_\_\_\_

Compilato da: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_



Tabella 1. Tipologie di devices per accesso vascolare periferico e centrale

| TIPO  | TIPO DI ACCESSO | DISTRETTO VENOSO DI INSERZIONE | MATERIALE CATETERE        | LUNGHEZZA   | TEMPO PERMANENZA   | TIPO DI PUNTA             | N.RO LUMI | CALIBRO                       | DISPONIBILE CON VALVOLA | UTILIZZO                  | NOTE  |
|---|-----------------|--------------------------------|---------------------------|---|--|---------------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------|---------------------------|---|
| Butterfly                                   | Periferico      | Mano                           | Metallo                   | Agg (21 a 16ga) di qualche centimetro con tubicino di 30 cm circa | Non oltre le 8 ore                                       | Aperta in vena della mano | 1         | Da 21 a 16 Ga                 | NO                      | Ospedaliero               | Dispositivo non appropriato per l'infusione periferica continua, ma esclusivamente per prelievi o per infusioni in bolo |
| Cannula periferica corta                    | Periferico      | Mano, avambraccio              | Poliuretano o Polietilene | <6 cm   | Anche diversi giorni se indicata e ben funzionante       | Aperta                    | 1         | Da 23 a 12 Ga                 | NO                      | Ospedaliero               |   |
| Cannula periferica lunga                    | Periferico      | Arto superiore                 | Poliuretano o Polietilene | Da 6 a 12 cm (comunque oltre 6 cm)                                | Fino a 28 giorni   | Aperta                    | 1         | 16-18 Ga                      | NO                      | Ospedaliero               |   |
| Midline                                     | Periferico      | Braccio                        | Poliuretano o Silicone    | 20-25 cm  | 1-6 settimane o periodi più lunghi capozzoli             | Aperta o chiusa           | 1,2       | 3-5 Fr.                       | SI                      | Ospedaliero o domiciliare |   |
| PICC (Peripheral Inserted Central Catheter) | Centrale        | Braccio                        | Poliuretano o Silicone    | Da 40 a 60 cm. (da da tagliare alla lunghezza desiderata)         | Se indicata e funzionante non c'è un limite inderogabile | Aperta o chiusa           | 1,2,3     | 3-6 Fr.                       | SI                      | Ospedaliero o domiciliare |   |
| HOHN  | Centrale        | Cervico-toracico               | Silicone                  |   | Breve termine  | Aperta                    | 1,2       | 4-5 Fr. monolume 7 Fr dp lume | NO                      | Ospedaliero               |   |
| JACC  | Centrale        | Cervico-toracico               | Poliuretano               | 10-15 cm  | Breve termine Lungo termine se tunnelizzato capozzoli    |                           | 1,2,3     | 4, 5,5, 6 Fr                  |                         | Ospedaliero o domiciliare |   |
| CICC (Central Inserted Central Catheter)    | Centrale        | Cervico-toracico               | Poliuretano               | 16-20 cm  | Breve termine  | Aperta                    | Da 1 a 6  | 16-18 Ga                      | NO                      | Ospedaliero o domiciliare |   |
| FICC (Femoral Inserted Central Catheter)    | Centrale        | Regione inguinale              |                           |   | Breve termine  |                           |           | 16-18 Ga                      | NO                      | Ospedaliero               |   |
| CICC cuffiato                               | Centrale        | Cervico-toracico               | Poliuretano o Silicone    | Da tagliare alla lunghezza desiderata                             | Lungo termine  | Aperta                    | 1,2,3     | Da 2,7 a 13,5 Fr              | SI                      | Ospedaliero               |   |
| Port  | Centrale        | Cervico-toracico               | Poliuretano o Silicone    | Da tagliare alla lunghezza desiderata                             | Lungo termine  | Aperta o chiusa           | 1,2       | Da                            | SI                      | Domiciliare               |   |
| PICC-port                                   | Centrale        | Braccio                        | Poliuretano               | Da tagliare alla lunghezza desiderata                             | Lungo termine  | Aperta                    | 1         |                               | NO                      | Domiciliare               |   |

