

SCHEDA TOR*

CODICE ARRUIOLAMENTO PAZIENTE _____

DATA _____

VALUTAZIONE PAZIENTE PORTATORE DI STOMIA INTESTINALE/URINARIA ALLA PRESA IN CARICO (T0):

VALUTATORE _____

ANAGRAFICA PAZIENTE: F <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> Età _____	PATOLOGIE IN CORSO : NEOPLASIE : SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> CROHN SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> DIABETE SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/>	VALUTAZIONE GLOBALE		IGIENE PERISTOMIALE		COMPLIANCE ALL'IGIENE	ALTR0 (es.: data di insorgenza della lesione; trattamenti precedenti)
		AUTONOMIA: BARTHEL _____/ 100		MATERIALE UTILIZZATO PRECEDENTEMENTE: CARTA <input type="checkbox"/> , GARZA <input type="checkbox"/> SPUGNA <input type="checkbox"/> , PANN0 CELLULOSA <input type="checkbox"/> SALVIETTINE UMIDIFICATE <input type="checkbox"/> ALTRO _____.		Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	
PESO (kg) _____; ALTEZZA (m) _____; BMI (kg/m ²) _____.	TIPO STOMIA STOMIA URINARIA <input type="checkbox"/> URETEROCUTANEO <input type="checkbox"/> URETERO- ILEO-CUTANEO <input type="checkbox"/> NEFROSTOMIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/> STOMIA INTESTINALE <input type="checkbox"/> COLONSTOMIA <input type="checkbox"/> ILEOSTOMIA <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/>	LESIONE PERISTOMIALE NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Valutazione lesione secondo SACS 2.0* : T I L__ ; T II L__ ; T III L__ ; T IV L__ ; T V L__ .		DETERGENTE/SAPONE PRECEDENTE: NESSUN SAPONE/DETERGENTE <input type="checkbox"/> STESSO SAPONE USATO PER IL CORPO <input type="checkbox"/> SAPONE DI MARSIGLIA <input type="checkbox"/> Altro _____.		Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	
		pH urine (SE STOMIA URINARIA)		IGIENE APPLICATA DURANTE MONITORAGGIO STESSA <input type="checkbox"/> Altro: MATERIALE _____ DETERGENTE _____		Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	
PORTATORE DI STOMIA DA: < 2 mesi <input type="checkbox"/> 3 -11 mesi <input type="checkbox"/> 1 – 5 anni <input type="checkbox"/> >5 anni <input type="checkbox"/>	TIPO PRESIDIO RACCOLTA MONOPEZZO <input type="checkbox"/> DUE PEZZI <input type="checkbox"/>	DOLORE DOVUTO ALLA STOMIA: NRS (0 – 10) _____/10; PAINAD (0-10) _____/10.					
VALUTAZIONE DELLO STOMA E DELLA CUTE PERISTOMIALE							
PRESA IN CARICO + PRIMA SOSTITUZIONE PRESIDIO (T0)	APPARENZA STOMA Salutare <input type="checkbox"/> Edematosa <input type="checkbox"/> Lacerata <input type="checkbox"/> Granulomatosa <input type="checkbox"/>	COLORE STOMA Rosso <input type="checkbox"/> Pallido <input type="checkbox"/> Rosso scuro <input type="checkbox"/> Grigio / nero <input type="checkbox"/>	PROTRUSIONE STOMA Flush (retratta) <input type="checkbox"/> A livello cutaneo <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Prolassata <input type="checkbox"/>	GIUNZIONE Intatta <input type="checkbox"/> Distaccata <input type="checkbox"/> in T _____.	CUTE PERISTOMIALE Integra : SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> Macerata: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/>	COMPLICANZE NO <input type="checkbox"/> SI: retrazione <input type="checkbox"/> , prolasso <input type="checkbox"/> necrosi <input type="checkbox"/> , ernie <input type="checkbox"/> distacco muco-cutaneo <input type="checkbox"/>	
PROTOCOLLO DI RICERCA PER IL TRATTAMENTO DELLA LESIONE : DETERSIONE LESIONE - MEDICAZIONE PRIMARIA - MEDICAZIONE SECONDARIA -							

SACS 2.0 (2016): L1-Lesione iperemica; L2 –Lesione erosiva; L3 –Lesione ulcerativa (oltre il derma); L4 –Lesione ulcerativa (fibrinosa/necrotica); L5 –Lesione che interessa i piani oltre la fascia muscolare; LX -Proliferativa

RIVALUTAZIONE T1 – (7 GIORNI DALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO)

DATA _____ VALUTATORE _____

VALUTAZIONE GLOBALE		STATO STOMA		VALUTAZIONE LESIONE	
PESO (kg) _____;		AUTONOMIA BARTHEL _____/ 100		Invariato <input type="checkbox"/> ; Cambiato: Salutare <input type="checkbox"/> , Edematosa <input type="checkbox"/> , Lacerata <input type="checkbox"/> , Granulomatosa <input type="checkbox"/> .	
IN CORSO CHEMIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; RADIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .		pH urine (SE STOMIA URINARIA)		GIUNZIONE : Intatta <input type="checkbox"/> , Distaccata <input type="checkbox"/> in T _____	
DOLORE: NRS (0 – 10) _____/10; PAINAD(0 – 10) _____/10.		CUTE PERISTOMALE Integra: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; Macerata: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .		ALTRO:	
TRATTAMENTO DELLA LESIONE :		DA PROTOCOLLO <input type="checkbox"/>		COMPLIANCE AL TRATTAMENTO APPLICATO: Positiva <input type="checkbox"/> ; Negativa <input type="checkbox"/> .	
		ALTR0: DETERSIONE LESIONE - MEDICAZIONE SECONDARIA – MEDICAZIONE PRIMARIA -			

RIVALUTAZIONE T2 – (14 GIORNI DALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO)

DATA _____ VALUTATORE _____

VALUTAZIONE GLOBALE		STATO STOMA		VALUTAZIONE LESIONE	
PESO (kg) _____;		AUTONOMIA: BARTHEL _____/ 100		Invariato <input type="checkbox"/> ; Cambiato: Salutare <input type="checkbox"/> , Edematosa <input type="checkbox"/> , Lacerata <input type="checkbox"/> , Granulomatosa <input type="checkbox"/> .	
IN CORSO CHEMIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; RADIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .		pH urine (SE STOMIA URINARIA)		GIUNZIONE : Intatta <input type="checkbox"/> , Distaccata <input type="checkbox"/> in T _____	
DOLORE: NRS (0 – 10) _____/10; PAINAD(0 – 10) _____/10.		CUTE PERISTOMALE Integra: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; Macerata: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .		ALTRO:	
TRATTAMENTO DELLA LESIONE :		DA PROTOCOLLO <input type="checkbox"/>		COMPLIANCE AL TRATTAMENTO APPLICATO: Positiva <input type="checkbox"/> ; Negativa <input type="checkbox"/> .	
		ALTR0: DETERSIONE LESIONE - MEDICAZIONE SECONDARIA – MEDICAZIONE PRIMARIA -			

OSSERVAZIONI : _____

RIVALUTAZIONE T3 – (28 GIORNI DALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO, FINE OSSERVAZIONE)

DATA _____ VALUTATORE _____

VALUTAZIONE GLOBALE PESO (kg) _____; AUTONOMIA: BARTHEL ____/ 100		STATO STOMA Invariato <input type="checkbox"/> ; Cambiato: Salutare <input type="checkbox"/> , Edematosa <input type="checkbox"/> , Lacerata <input type="checkbox"/> , Granulomatosa <input type="checkbox"/> .	VALUTAZIONE LESIONE LESIONE IN OSSERVAZIONE: INVARIATA RISPETTO ALLA PRECEDENTE VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> , PEGGIORATA <input type="checkbox"/> , MIGLIORATA <input type="checkbox"/> , GUARITA <input type="checkbox"/> .
IN CORSO CHEMIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; RADIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .	pH urine (SE STOMIA URINARIA)	GIUNZIONE : Intatta <input type="checkbox"/> , Distaccata <input type="checkbox"/> in T _____	NUOVA LESIONE : NO <input type="checkbox"/> ; SI <input type="checkbox"/> : (SACS 2.0) _____
DOLORE: NRS (0 – 10) ____/10; PAINAD(0 – 10) ____/10.	CUTE PERISTOMALE Integra: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> . Macerata: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .	ALTRO:	
TRATTAMENTO DELLA LESIONE :	DA PROTOCOLLO <input type="checkbox"/>	ALTRO: DETERSIONE LESIONE - MEDICAZIONE SECONDARIA – MEDICAZIONE PRIMARIA -	COMPLIANCE AL TRATTAMENTO APPLICATO: Positiva <input type="checkbox"/> ; Negativa <input type="checkbox"/> .

FOLLOW-UP (NUMERO GIORNI TRASCORSI DALLA PRESA IN CARICO) _____

DATA _____ VALUTATORE _____

VALUTAZIONE GLOBALE PESO (kg) _____; AUTONOMIA: BARTHEL ____/ 100		VALUTAZIONE STOMA Salutare <input type="checkbox"/> , Edematosa <input type="checkbox"/> , Lacerata <input type="checkbox"/> , Granulomatosa <input type="checkbox"/> .	VALUTAZIONE LESIONE LESIONE IN OSSERVAZIONE: INVARIATA RISPETTO ALLA PRECEDENTE VALUTAZIONE <input type="checkbox"/> , PEGGIORATA <input type="checkbox"/> , MIGLIORATA <input type="checkbox"/> , GUARITA <input type="checkbox"/> .
IN CORSO CHEMIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; RADIOTERAPIA: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .	pH urine (SE STOMIA URINARIA)	GIUNZIONE : Intatta <input type="checkbox"/> , Distaccata <input type="checkbox"/> in T _____	RECIDIVA : NO <input type="checkbox"/> ; SI <input type="checkbox"/> : (SACS 2.0) _____
DOLORE: NRS (0 – 10) ____/10; PAINAD(0 – 10) ____/10.	CUTE PERISTOMALE Integra: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> ; Macerata: SI <input type="checkbox"/> , NO <input type="checkbox"/> .	ALTRO:	

**CONDIZIONE LESIONI REGISTRATA DURANTE LE MEDICAZIONI INTERMEDIE: P - PEGGIORATA; I - INVARIATA; M - MIGLIORATA; G - GUARITA.

DATA MEDICAZIONI:	CONDIZIONE LESIONI **	DATA MEDICAZIONI:	CONDIZIONE LESIONI	DATA MEDICAZIONI:	CONDIZIONE LESIONI
1.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	5.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	9.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .
2.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	6.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	10.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .
3.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	7.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	11.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .
4.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	8.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .	12.	P <input type="checkbox"/> , I <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , G <input type="checkbox"/> .

*(Toma Ostomy Research)