



L'equipe infermieristica della Radioterapia di Como è composta da 3 infermiere - 2 full time e e 1 part time. Dal 2000/2001 nella nostra Unità Operativa sono in uso le schede infermieristiche per i pazienti ambulatoriali in trattamento RT, strutturate su tre diagnosi infermieristiche della NANDA:

- 1) alterazione dell'integrità cutanea;
- 2) alterazione dell'immagine corporea;
- 2) paura di eventuale recidiva.

La prima creazione è stata quella del distretto Mammella cui hanno fatto seguito tutti gli altri distretti. Si è trattato di un "work in progress" con l'obiettivo di ottenerne una evoluzione migliorativa. La scheda sintetizza tutto il lavoro infermieristico svolto quotidianamente nel guidare ed accompagnare le persone in cura per affrontare al meglio il loro trattamento. Per ogni diagnosi infermieristiche abbiamo creato dei protocolli e un programma di Nursing intensivo appropriato al distretto irradiato.

Siamo certe che il nostro lavoro possa essere di aiuto e stimolo per tutti i Colleghi impegnati nel campo della Radioterapia Oncologica.

Le Infermiere

Sonia Dugo  
Irene Dell'Acqua  
Barbara Peduzzi



## Struttura Complessa di Radioterapia

### SCHEMA INFERMIERISTICA Radioterapia ENCEFALO

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_

SEDE RT: ENCEFALO IN TOTO ☐ ALTRO ☐ \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRE CHIRURGICA ☐ POST CHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

CHIRURGIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE RT ☐  
CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

CONDIZIONI CUTE DA IRRADIARE: INTEGRA ☐  
ARROSSATA ☐  
ALTRO \_\_\_\_\_

CICATRICE: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE DA IRRADIARE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

PRESENZA DI CAPELLI: SI ☐ NO ☐ CAUSA \_\_\_\_\_

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐  
SUFFICIENTE ☐  
INSUFFICIENTE ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

DISTURBI: - MOTORI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- VISIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- CEFALIA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

QUALITA' DI VITA : \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA\_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- VISIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA\_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- VISIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA\_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- VISIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA\_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- VISIVI NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA:** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐  
- VISIVI NO ☐ SI ☐  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**PESO:** Kg.  **SALA:**  **ABBIGLIAMENTO:**

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:**

**Data**  **Firma**

## CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

TOSSICITA' CUTE : G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

TERAPIA CORTISONICA: NO ☐ SI ☐ IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFF. ☐ INSUFF. ☐  
MICOSI: NO ☐ SI ☐

**DISTURBI:** - MOTORI NO ☐ SI ☐  
- SENSITIVI NO ☐ SI ☐  
- DI EQUILIBRIO NO ☐ SI ☐  
- DI ELOQUIO NO ☐ SI ☐  
- VISIVI NO ☐ SI ☐  
- NAUSEA NO ☐ SI ☐  
- CEFALEA NO ☐ SI ☐

**COMPLIANCE :** BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

**FATIGUE:** NO ☐ SI ☐

**DOLORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**BRUCIORE:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**PRURITO:** NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

**PESO:** Kg.  **SALA:**  **ABBIGLIAMENTO:**

**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:**

**Data**  **Firma**



## Struttura Complessa di Radioterapia

### SCHEDA INFERMIERISTICA Radioterapia Mammella e Parete toracica

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_

SEDE RT: \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRE CHIRURGICA ☐ POST CHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

MASTECTOMIA: ☐ QUADRANTECTOMIA: ☐

SVUOTAMENTO ASCELLARE: ☐ LINFONODO SENTINELLA: ☐

ALTRO: \_\_\_\_\_

COMPLICANZE POSTOPERATORIE: \_\_\_\_\_

PATOLOGIE COLLATERALI: \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE-RT ☐

CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

ORMONOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

FUNZIONALITA' SCAPOLO-OMERALE: BUONA ☐ RIDOTTA ☐

ESERCIZI DI RIABILITAZIONE: SI ☐ NO ☐

INDUMENTI INTIMI: COTONE ☐

LANA ☐

SINTETICI ☐

CONDIZIONE CUTE DA IRRADIARE: INTEGRA ☐

ARROSSATA ☐

ALTRO ☐

CICATRICE: \_\_\_\_\_ TAGLIA REGGISENO \_\_\_\_\_

IGIENE ZONA DA IRRADIARE: BUONA ☐ SUFF ☐ INSUFF ☐

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

QUALITA' DI VITA : \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:   NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐\_\_\_\_\_**Tossicità cute :**            G 0 ☐ \_\_\_\_\_

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>PARETE TORACICA</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>MAMMELLA</b>   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>CAPEZZOLO</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>SOLCO SOTTOM.</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>ASCELLA</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>S.S.CLAV.</b> <input type="checkbox"/> <b>M.I</b> <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>DORSO</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>ALTRO</b> _____  |                             |                             |                             |                             |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**   NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**IGIENE ZONA IRRADIATA:**            BUONA ☐            SUFFICIENTE ☐            INSUFFICIENTE ☐**DISFAGIA:**                                    NO ☐            SI ☐            ( SOLIDI ☐            LIQUIDI ☐ )**COMPLIANCE :**                            BUONA ☐            SCARSA ☐            PESSIMA ☐**FATIGUE:**                            NO ☐            SI ☐**PESO:**   Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_    **Firma** \_\_\_\_\_**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:   NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐\_\_\_\_\_**Tossicità cute :**            G 0 ☐ \_\_\_\_\_

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>PARETE TORACICA</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>MAMMELLA</b>   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>CAPEZZOLO</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>SOLCO SOTTOM.</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>ASCELLA</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>S.S.CLAV.</b> <input type="checkbox"/> <b>M.I</b> <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>DORSO</b>  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| <b>ALTRO</b> _____  |                             |                             |                             |                             |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**   NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**IGIENE ZONA IRRADIATA::**            BUONA ☐            SUFFICIENTE ☐            INSUFFICIENTE ☐**DISFAGIA:**                                    NO ☐            SI ☐            ( SOLIDI ☐            LIQUIDI ☐ )**COMPLIANCE :**                            BUONA ☐            SCARSA ☐            PESSIMA ☐**FATIGUE:**                            NO ☐            SI ☐**PESO:**   Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_    **Firma** \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐IGIENE ZONA IRRADIATA:: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

|           |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|-----------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| DOLORE:   | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| BRUCIORE: | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| PRURITO:  | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |

IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐  
FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

|           |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|-----------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| DOLORE:   | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| BRUCIORE: | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| PRURITO:  | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |

IGIENE ZONA IRRADIATA:: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐  
FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute : G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARETE TORACICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| MAMMELLA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| CAPEZZOLO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| SOLCO SOTTOM.   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ASCELLA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| S.S.CLAV. <input type="checkbox"/> M.I <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| DORSO   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO   |                             |                             |                             |                             |

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐IGIENE ZONA IRRADIATA:: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐)COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐

PESO: Kg. SALA: ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data Firma

SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

## SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

## SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_



## Struttura Complessa di Radioterapia

### SCHEMA INFERMIERISTICA Radioterapia PELVI

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

SEDE RT: \_\_\_\_\_ N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRE CHIRURGICA ☐ POST CHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

CHIRURGIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

PATOLOGIE COLLATERALI: \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE RT ☐  
CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

ORMONOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

CONDIZIONI CUTE E ANNESSI : INTEGRE ☐  
ARROSSATE ☐  
ALTRO \_\_\_\_\_

CICATRICE: \_\_\_\_\_

IGIENE ZONA DA IRRADIARE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

COLONSTOMIA: NO ☐ SI ☐ GESTIONE \_\_\_\_\_

ALVO: REGOLARE ☐ STIPSI ☐ TENESMO ☐ DIARREA ☐ ALVO ALTERNO ☐  
SCARICHE/DIE \_\_\_\_\_ FORMATE ☐ SEMIFORMATE ☐ LIQUIDE ☐

CATETERE VESCICALE: NO ☐ SI ☐ GESTIONE \_\_\_\_\_

DIURESI: NORMALE ☐ INCONTINENZA ☐ NICTURIA ☐ DISURIA ☐ \_\_\_\_\_

PERDITE VAGINALI: NO ☐ SI ☐

TIPO DI ALIMENTAZIONE \_\_\_\_\_

LIQUIDI INTRODOTTI / die: < 1 lt ☐ >1 lt ☐

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

QUALITA' DI VITA : \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE    DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |

ALTRO \_\_\_\_\_

IGIENE ZONA IRRADIATA:    BUONA ☐    SUFFICIENTE ☐    INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐    SI ☐Tossicità Genito-urinaria    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_Tossicità Gastro-intestinale    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:** \_\_\_\_\_LIQUIDI INTRODOTTI / die:    < 1 lt ☐    >1 lt ☐COMPLIANCE :    BUONA ☐    SCARSA ☐    PESSIMA ☐FATIGUE:    NO ☐    SI ☐DOLORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_    SALA \_\_\_\_\_    ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_    Firma \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|   |                             |                             |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE    DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |

ALTRO \_\_\_\_\_

IGIENE ZONA IRRADIATA:    BUONA ☐    SUFFICIENTE ☐    INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐    SI ☐Tossicità Genito-urinaria    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_Tossicità Gastro-intestinale    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:** \_\_\_\_\_LIQUIDI INTRODOTTI / die:    < 1 lt ☐    >1 lt ☐COMPLIANCE :    BUONA ☐    SCARSA ☐    PESSIMA ☐FATIGUE:    NO ☐    SI ☐DOLORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_    SALA \_\_\_\_\_    ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_    Firma \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO _____  |                             |                             |                             |                             |

IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐ SI ☐Tossicità Genito-urinaria G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐Tossicità Gastro-intestinale G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:**LIQUIDI INTRODOTTI / die: < 1 lt ☐ > 1 lt ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO _____  |                             |                             |                             |                             |

IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐ SI ☐Tossicità Genito-urinaria G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐Tossicità Gastro-intestinale G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:**LIQUIDI INTRODOTTI / die: < 1 lt ☐ > 1 lt ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO _____  |                             |                             |                             |                             |

IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐ SI ☐Tossicità Genito-urinaria G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐Tossicità Gastro-intestinale G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:**LIQUIDI INTRODOTTI / die: < 1 lt ☐ > 1 lt ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:**G 0 ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| ALTRO _____  |                             |                             |                             |                             |

IGIENE ZONA IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐PERDITE VAGINALI: NO ☐ SI ☐Tossicità Genito-urinaria G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐Tossicità Gastro-intestinale G0 ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:**LIQUIDI INTRODOTTI / die: < 1 lt ☐ > 1 lt ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:   NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:****G 0** ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |

ALTRO \_\_\_\_\_

**IGIENE ZONA IRRADIATA:**    BUONA ☐    SUFFICIENTE ☐    INSUFFICIENTE ☐**PERDITE VAGINALI:** NO ☐    SI ☐**Tossicità Genito-urinaria**    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**Tossicità Gastro-intestinale**    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:** \_\_\_\_\_**LIQUIDI INTRODOTTI / die:**    < 1 lt ☐    >1 lt ☐**COMPLIANCE :**    BUONA ☐    SCARSA ☐    PESSIMA ☐**FATIGUE:**    NO ☐    SI ☐**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:   NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐**Tossicità cute e mucose:****G 0** ☐

|  |                             |                             |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| INGUINE DX <input type="checkbox"/> SIN <input type="checkbox"/> | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. SOVRAPUBICA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| VULVA/VAGINA   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| PIEGA INTERGLUTEA  | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |
| REG. PERIANALE   | G1 <input type="checkbox"/> | G2 <input type="checkbox"/> | G3 <input type="checkbox"/> | G4 <input type="checkbox"/> |

ALTRO \_\_\_\_\_

**IGIENE ZONA IRRADIATA:**    BUONA ☐    SUFFICIENTE ☐    INSUFFICIENTE ☐**PERDITE VAGINALI:** NO ☐    SI ☐**Tossicità Genito-urinaria**    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**Tossicità Gastro-intestinale**    G0 ☐    G1 ☐ \_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_**MODIFICHE ALIMENTAZIONE:** \_\_\_\_\_**LIQUIDI INTRODOTTI / die:**    < 1 lt ☐    >1 lt ☐**COMPLIANCE :**    BUONA ☐    SCARSA ☐    PESSIMA ☐**FATIGUE:**    NO ☐    SI ☐**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:** Kg. \_\_\_\_\_ **SALA** \_\_\_\_\_ **ABBIGLIAMENTO** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

## SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni \_\_\_\_\_

SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

MEDICAZIONE NUMERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni\_\_\_\_\_

## SCHEDA CONTROLLO PESO CORPOREO

[illegible]



## Struttura Complessa di Radioterapia

### SCHEMA INFERMIERISTICA Radioterapia POLMONE E MEDIASTINO

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_

SEDE RT: \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRE CHIRURGICA ☐ POST CHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

CHIRURGIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE RT ☐  
CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

CONDIZIONI CUTE DA IRRADIARE: INTEGRA ☐  
ARROSSATA ☐  
ALTRO \_\_\_\_\_

CICATRICE: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE DA IRRADIARE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

FUMATORE: NO ☐ SI ☐

|           |                             |                             |                             |       |
|-----------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| DISTURBI: | TOSSE                       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | CATARRO                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | EMOTTISI                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | DISPNEA                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | DISFONIA                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | FEBBRE                      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | INAPPETENZA                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | DISFAGIA AI SOLIDI          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|           | DISFAGIA AI LIQUIDI         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
| DISGEUSIA | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____                       |       |

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

QUALITA' DI VITA : \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO - SI -

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐\_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_G2 \_\_\_\_\_G3 \_\_\_\_\_G4 \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                             |                             |                             |       |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE                       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE                      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
| DISGEUSIA        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____                       |       |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

|                |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DOLORE:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

|                  |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>BRUCIORE:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

|                 |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|-----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>PRURITO:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|-----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐\_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_G2 \_\_\_\_\_G3 \_\_\_\_\_G4 \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                             |                             |                             |       |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE                       | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA                     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA                    | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE                      | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA                 | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI          | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
| DISGEUSIA        | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____                       |       |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

|                |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DOLORE:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

|                  |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>BRUCIORE:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|------------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

|                 |     |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |       |
|-----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>PRURITO:</b> | NRS | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | _____ |
|-----------------|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐ \_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                     |                             |                             |       |
|------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISGEUSIA           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:**    Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐ \_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                     |                             |                             |       |
|------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISGEUSIA           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:**    Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐ \_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                     |                             |                             |       |
|------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISGEUSIA           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:**    Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐ \_\_\_\_\_TOSSICITA' CUTE :    G0 ☐    G1\_\_\_\_\_    G2 ☐ \_\_\_\_\_    G3 ☐ \_\_\_\_\_    G4 ☐ \_\_\_\_\_IGIENE CUTE IRRADIATA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐

|                  |                     |                             |                             |       |
|------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| <b>DISTURBI:</b> | TOSSE               | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | CATARRO             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | EMOTTISI            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISPNEA             | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFONIA            | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | FEBBRE              | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | INAPPETENZA         | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI SOLIDI  | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISFAGIA AI LIQUIDI | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |
|                  | DISGEUSIA           | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | _____ |

|                     |                             |                                |                                 |                                  |
|---------------------|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <b>COMPLIANCE :</b> |                             | BUONA <input type="checkbox"/> | SCARSA <input type="checkbox"/> | PESSIMA <input type="checkbox"/> |
| <b>FATIGUE:</b>     | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/>    |                                 |                                  |

**DOLORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**BRUCIORE:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PRURITO:**    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐ \_\_\_\_\_**PESO:**    Kg. \_\_\_\_\_    **SALA:** \_\_\_\_\_    **ABBIGLIAMENTO:** \_\_\_\_\_**CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:** \_\_\_\_\_**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_



## Struttura Complessa di Radioterapia

### SCHEDA INFERMIERISTICA Radioterapia

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_

SEDE RT: \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRE CHIRURGICA ☐ POST CHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

CHIRURGIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE RT ☐  
CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

CONDIZIONI CUTE E MUCOSE DA IRRADIARE: INTEGRE ☐  
ARROSSATE ☐  
ALTRO \_\_\_\_\_

CICATRICE : \_\_\_\_\_

IGIENE ZONA DA IRRADIARE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐  
QUALITA' DI VITA : \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

DISTURBI PATOLOGIA CORRELATI: \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose:    G0 ☐    G1 ☐\_\_\_\_\_G2 ☐\_\_\_\_\_G3 ☐\_\_\_\_\_G4 ☐\_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE :                                    BUONA ☐                    SCARSA ☐                    PESSIMA ☐FATIGUE:                                    NO ☐                    SI ☐DOLORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_PRURITO:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_SALA \_\_\_\_\_ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose:    G0 ☐    G1 ☐\_\_\_\_\_G2 ☐\_\_\_\_\_G3 ☐\_\_\_\_\_G4 ☐\_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE :                                    BUONA ☐                    SCARSA ☐                    PESSIMA ☐FATIGUE:                                    NO ☐                    SI ☐DOLORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_PRURITO:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_SALA \_\_\_\_\_ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA:    NO ☐    SI ☐    BEN TOLLERATA ☐    MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose:    G0 ☐    G1 ☐\_\_\_\_\_G2 ☐\_\_\_\_\_G3 ☐\_\_\_\_\_G4 ☐\_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA:                    BUONA ☐                    SUFFICIENTE ☐                    INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE :                                    BUONA ☐                    SCARSA ☐                    PESSIMA ☐FATIGUE:                                    NO ☐                    SI ☐DOLORE:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_PRURITO:    NRS    0 ☐    1 ☐    2 ☐    3 ☐    4 ☐    5 ☐    6 ☐    7 ☐    8 ☐    9 ☐    10 ☐\_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_SALA \_\_\_\_\_ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_Firma \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO    SEDUTA\_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐Tossicità cute e mucose: G0 ☐ G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

Tossicità sede RT: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐COMPLIANCE : BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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



**SCHEDA INFERMIERISTICA Radioterapia Cervico - Cefaliche**

CARTELLA: \_\_\_\_\_

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

LINAC \_\_\_\_\_ DATA INIZIO RT: \_\_\_\_\_ DATA TERMINE RT: \_\_\_\_\_

N° SEDUTE PREVISTE: \_\_\_\_\_ SEDE RT: \_\_\_\_\_

FINALITA' RT: PRECHIRURGICA ☐ POSTCHIRURGICA ☐ ESCLUSIVA ☐ PALLIATIVA ☐

CHIRURGIA: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ PRE RT ☐

CONCOMITANTE ☐ FARMACO \_\_\_\_\_

PATOLOGIE COLLATERALI: \_\_\_\_\_

ASPETTO DELLA PERSONA: CURATO ☐ NON CURATO ☐

CONDIZIONI CUTE : INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CICATRICE: \_\_\_\_\_

IGIENE CUTANEA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

CONDIZIONI MUCOSE: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

CONDIZIONI ODONTOIATRICHE: \_\_\_\_\_ DISFONIA: NO ☐ SI ☐

FUMATORE: \_\_\_\_\_ CONSUMO ALCOLICI: \_\_\_\_\_

CANNULA ENDOTRACHEALE: NO ☐ SI ☐ GESTIONE AUTOSUFF.: SI ☐ NO ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

TIPO DI ALIMENTAZIONE: \_\_\_\_\_

P.E.G.: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ )

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐

SITUAZIONE PSICO-SOCIALE: \_\_\_\_\_

COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

QUALITA' DI VITA: \_\_\_\_\_

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFONIA: NO ☐ SI ☐CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_**CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐DISFONIA: NO ☐ SI ☐CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐FATIGUE: NO ☐ SI ☐DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10☐BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

### CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ Densa ☐

COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

### CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ Densa ☐

COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

☐ \_\_\_\_\_  
BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_  
PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ \_\_\_\_\_

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

### CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐

COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐

FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

### CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_

GRADO: G1 ☐ \_\_\_\_\_ G2 ☐ \_\_\_\_\_ G3 ☐ \_\_\_\_\_ G4 ☐ \_\_\_\_\_

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐ \_\_\_\_\_

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ (SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐

COMPLIANCE: ☐ BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐  
FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_  
CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA** \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_  
GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_  
GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA: NO ☐ SI ☐ SALIVAZIONE: NORMALE ☐ RIDOTTA ☐ DENSA ☐

COMPLIANCE: BUONA ☐ SCARSA ☐ PESSIMA ☐  
FATIGUE: NO ☐ SI ☐

DOLORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

BRUCIORE: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PRURITO: NRS 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

PESO: Kg. \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_ ABBIGLIAMENTO: \_\_\_\_\_  
CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE: \_\_\_\_\_

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

**CONTROLLO INFERMIERISTICO SEDUTA** \_\_\_\_\_

CHEMIOTERAPIA: NO ☐ SI ☐ BEN TOLLERATA ☐ MAL TOLLERATA ☐

REAZIONI CUTANEE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_  
GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CUTE IRRADIATA: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

REAZIONI MUCOSE: NO ☐ SI ☐ SEDE \_\_\_\_\_  
GRADO: G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G4 ☐

IGIENE CAVO ORALE: BUONA ☐ SUFFICIENTE ☐ INSUFFICIENTE ☐

DISFONIA: NO ☐ SI ☐

CONDIZIONI TRACHEOSTOMA: INTEGRA ☐ ARROSSATA ☐ ALTRO \_\_\_\_\_

CONDIZIONI MUCOSE NASALI: \_\_\_\_\_

MODIFICAZIONE ALIMENTAZIONE: NO ☐ SI ☐

USO P.E.G.: NO ☐ SI ☐

DISFAGIA: NO ☐ SI ☐ ( SOLIDI ☐ LIQUIDI ☐ ) LIQUIDI INTRODOTTI / die: > 1 lt ☐ < 1 lt ☐

DISGEUSIA:

NO☐SI☐

SALIVAZIONE:

NORMALE☐RIDOTTA☐DENSA☐

COMPLIANCE:

BUONA☐SCARSA☐PESSIMA☐

FATIGUE:

NO☐SI☐

DOLORE:

NRS

0☐1☐2☐3☐4☐5☐6☐7☐8☐9☐10☐

BRUCIORE:

NRS

0☐1☐2☐3☐4☐5☐6☐7☐8☐9☐10☐

PRURITO:

NRS

0☐1☐2☐3☐4☐5☐6☐7☐8☐9☐10☐

PESO:

Kg.

SALA:

ABBIGLIAMENTO:

CONSIDERAZIONI INFERMIERISTICHE:

Data

Firma

SCHEDA MEDICAZIONI

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA       | FIRMA                      |
|--------------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE      | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |

Osservazioni

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA       | FIRMA                      |
|--------------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE      | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |

Osservazioni

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA       | FIRMA                      |
|--------------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE      | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |

Osservazioni

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA       | FIRMA                      |
|--------------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE      | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |
|                    |            |                            |

Osservazioni

MEDICAZIONE NUMERO

DATA

FIRMA

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni

SCHEDA MEDICAZIONI

MEDICAZIONE NUMERO

DATA

FIRMA

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni

MEDICAZIONE NUMERO

DATA

FIRMA

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni

MEDICAZIONE NUMERO

DATA

FIRMA

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni

MEDICAZIONE NUMERO

DATA

FIRMA

|               |            |                            |
|---------------|------------|----------------------------|
| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

Osservazioni

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA | FIRMA |
|--------------------|------|-------|
|--------------------|------|-------|

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA | FIRMA |
|--------------------|------|-------|
|--------------------|------|-------|

| MEDICAZIONE NUMERO | DATA | FIRMA |
|--------------------|------|-------|
|--------------------|------|-------|

| SEDE REAZIONE | GRADO RTOG | INTERVENTI INFERMIERISTICI |
|---------------|------------|----------------------------|
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |
|               |            |                            |

**Osservazioni**\_\_\_\_\_

**CONTROLLO PESO**

[illegible]