

Modulo Guida Tele-Visita Radioterapia Palliativa

Data Tele-Visita (g/m/a): ___/___/___

Nome e Cognome Paziente: _____ Sesso: M F Data di Nascita (g/m/a): ___/___/___

Numero cartella RT (Se esistente): _____

Radio-oncologo di riferimento: _____

Paziente inviato da: Reparto: _____; D.H. Domicilio A.D./Hospice Altro _____

Medico Richiedente: Specialista _____ MMG _____

Mobilità: Deambulazione autonoma Carrozzina Letto Ambulanza: Si NoECOG - KPS Score: _____ PPS Score⁽¹⁾: _____ %**Tumore Primitivo:**

- Mammella Polmone Prostata Upper/ Lower GI: _____ Rene Ginecologico
 Testa-Collo Mieloma multiplo Melanoma Altro: _____

Ultimo Imaging disponibile: MRI TC PET-TC Altro Data: g___/m___/a_____Terapia sistemica in corso: No Si(se "Si" Chemioterapia Ormonoterapia Immunoterapia; Data ultimo ciclo: g___/m___/a_____)**Richiesta Valutazione Radio-Oncologica:**Dolore: NRS 0-10: _____; Lieve (1-3) Moderato (4-7) Severo (8-10) Dolore Osseo (Spinale Non Spinale) SINS Score⁽²⁾: _____ Neuropatico Valore PMI (Pain Management Index): _____; Altro _____ Sospetto Dolore Episodico Intenso (Breakthrough Pain) Frattura: Patologica Rischio di frattura Valutazione RT Post-chirurgia (se si: Data chirurgia: ___/___/___)(Dettagli Chirurgia: Spinale Non Spinale Chirurgia mini-invasiva)

Terapia del dolore in corso: _____

Sanguinamento GI GU Emottisi Pelvico

Valori Hb _____ (Data g___/m___/a_____)

Eseguita trasfusione? No Si; Data ultima trasfusione g___/m___/a_____

1: Anderson F et al.; J Palliat Care. 1996 Spring;12(1):5-11; PMID: 8857241

2: Shandy F. et al; Global Spine J. 2017 Dec; 7(8): 744-748; doi: 10.1177/2192568217697691

3: Timothy TR, Clin Orthop Relat Res. 2017 May; 475(5): 1499-1504; doi: 10.1007/s11999-016-5133-4

4: Indicare Score Prognostico selezionato per il proprio Centro _____



CNS:

- Rischio compressione
- Sindrome della Cauda Equina
- Compressione Midollare Sintomatica: Da quanti giorni? _____ ASIA SCORE ⁽³⁾: _____
- Metastasi cerebrali: n° _____ Sintomi: No Si (descrizione: _____)
- Terapia antiedemigena: No Si (Terapia cortisonica Mannitolo)

Pacchetti Linfonodali Sintomatici No Si

Distretto Toracico:

- Linfonodi pelvici
- Linfonodi collo
- Altro _____
- Sindrome Mediastinica
- Dispnea Disfagia
- Altro: _____

Noduli Sottocutanei: Sintomatici: No Si ; Sede: _____

Prognostic Score ⁽⁴⁾ Valore/Risultato: _____

Dettagli Radioterapia

Precedente RT: No Si Sede _____ Se "Si", è un ritrattamento? No Si ;
Disponibilità Dettagli Precedente RT: No Si; Disponibilità DICOM Precedente RT? No Si Da Richiedere
Arruolato in Clinical Trial: No Si (Se "Si", quale?: _____)

Decisionale:

- Preso in cura Inviato a Oncologo Medico Avviato a Cure Palliative Mediche Necessarie ulteriori analisi
- Inviato a terapia del dolore farmacologica
- Inviato ad Ambulatorio Gestione Multidisciplinare Integrata terapia del dolore (Data Appuntamento: g___/m___/a___)
- Inviato a Chirurgo (Specialità: _____)
- Inviato a Terapia Mini-invasiva
- Nessuna Azione: Richiesta inappropriata Paziente asintomatico Paziente rifiuta il trattamento

RT palliativa su sede 1: _____

RT palliativa su sede 2: _____

Dose Totale /Frazione: _____ / _____

Dose Totale/Frazione: _____

Data (g/m/a): ___/___/___

Data (g/m/a): ___/___/___

RT palliativa su sede 3: _____

Dose Totale /Frazione: _____

Data (g/m/a): ___/___/___

Scelta della data: Clinico oppure Paziente

Programmazione Visita Frontale: Data g___/m___/a___ Associata Simulazione

1: Anderson F et al.; J Palliat Care. 1996 Spring;12(1):5-11; PMID: 8857241

2: Shandy F. et al; Global Spine J. 2017 Dec; 7(8): 744-748; doi: 10.1177/2192568217697691

3: Timothy TR, Clin Orthop Relat Res. 2017 May; 475(5): 1499-1504; doi: 10.1007/s11999-016-5133-4

4: Indicare Score Prognostico selezionato per il proprio Centro _____

