



SCHEDA VALUTATIVA

Data prenotazione 1^ visita Data valutazione..... (gg attesa.....)
 Cognome..... Nome..... Nata il.....
 A..... Residente a..... Professione.....
 Tel/cell..... Indirizzo e.mail

TIPOLOGIA DI TUMORE E TIPO DI INTERVENTO

1 -

Operata il..... A..... Chirurgo.....

2 -

Operata il..... A..... Chirurgo.....

3 -

Operata il..... A..... Chirurgo.....

<p>1 - Terapia neoadiuvante:</p> <p>LNS:</p> <p>Linfoadenectomia:</p> <p>Pos:</p> <p>Chemioterapia:</p> <p>Radioterapia:</p> <p>Ormonoterapia:</p> <p>Ricostruzione:</p>	<p>2 - Terapia neoadiuvante:</p> <p>LNS:</p> <p>Linfoadenectomia:</p> <p>Pos:</p> <p>Chemioterapia:</p> <p>Radioterapia:</p> <p>Ormonoterapia:</p> <p>Ricostruzione:</p>	<p>3 -</p>
--	--	------------





Altri interventi:

.....

.....

Altri

farmaci:¹

Comorbidità/traumi/allergie/altri interventi chirurgici:²

.....

.....

ESAME OBIETTIVO:

INDICAZIONI ALLA FISIOTERAPIA	annotazioni
-------------------------------	-------------

Dott.ssa

¹ Indicare in particolare assunzione di corticosteroidi, anticoagulanti, anti-ipertensivi, etc....

² Indicare patologie pertinenti come diabete, osteoporosi, artrosi, asma-patologie respiratorie, patologie di spalla, IPA, patologie neurologiche, traumi importanti, etc.....

CARTELLA N.



PARTE FISIOTERAPICA: FT che valuta.....

Data:.....

ESAME SOGGETTIVO: motivo di consulto³

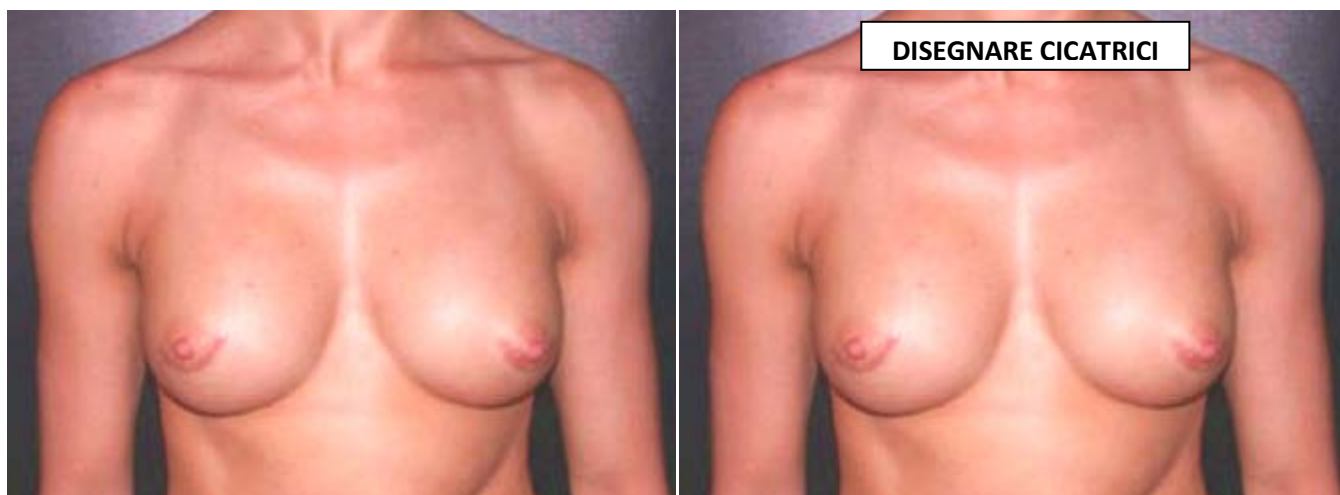
.....

.....

.....

.....

.....



COMPLICANZE (cerchiare o porre una crocetta)		
<i>Linfedema</i>	<i>Sd mammella fantasma</i>	<i>Stiramento pl. brachiale</i>
<i>Les. nn toracici anteriori (ipotrofia m. pettorale)</i>	<i>Borsite sottoacromiale (dolore area inserzione deltoide in ABD-RE-RI)⁴</i>	<i>Pericondrite ed osteite sternale (dolore locale che si accentua con la pressione)</i>
<i>Les. nn toraco-dorsale (ipovalidità add + IR braccio-m gran dorsale)</i>	<i>Sclerosi del muscolo piccolo pettorale (dolore e ipofunzione braccio-probl. Resp)</i>	<i>Tromboflebite superficiale toraco-epigastrica (malattia di Mondor: cordone a partenza del solco sottomammario verso l'addome)</i>
<i>Les. nervo toracico lungo (scapola alata)</i>	<i>Cicatrici aderenti-cheloidi- retratte</i>	<i>Linfosclerosi</i>
<i>Les. nervo intercosto-brachiale (sensazione di cartone-libro sotto l'ascella-si risolve nel tempo)</i>	<i>Esiti posturali e biomeccanici (es. ipopendolarismo durante il cammino-asimmetria spalla-rigidità RC-RD...)</i>	<i>Les. n cutaneo-mediale braccio</i>
		<i>Les. n cutaneo- mediale avambraccio</i>
<i>ALTRO:</i>		

³ Descrivere in che cosa si sente limitata la pz nella vita quotidiana e quali sintomi presenta possibilmente riportando le sue parole.

⁴ Se non trattato precocemente può sfociare in una spalla congelata

CARTELLA N.

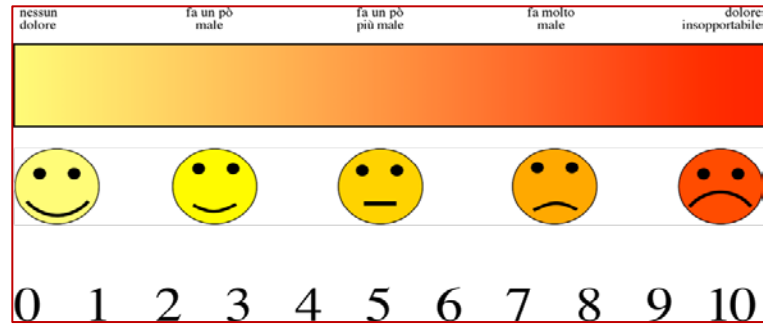


PRESENZA DI DOLORE: Sì - NO - SALTUARIAMENTE - In caso di presenza di dolore fare compilare la pagina seguente alla Signora

IMPORTANTE: in caso di dolore deve compilare la Signora/il Signore

ENTITÀ DEL DOLORE: dare una valutazione numerica da 0 a 10 al proprio disagio.

0 = nessun dolore / 10 = dolore insopportabile⁵



SEDE DEL DOLORE: accerchiare la o le zone in cui si avverte dolore o fastidio in seguito all'intervento.



.....

.....

.....

.....

.....

.....

⁵ Immagine della Scala di Valutazione VAS tratta da: http://www.danieletonlorenzi.it/wp-content/uploads/ScreenHunter_09-Feb.-06-19.11.gif



ESAME OBIETTIVO

ROM ARTI SUPERIORI: – problemi AASS antecedenti intervento: **SÌ - NO**

ANTEPULSIONE

ABD:.....

MANO AL PORTAFOGLIO:

MANO ALLA SPALLA OPPOSTA:

SINERGIA SCAPOLO-TORACICA:

MANO ALLA NUCA:

ALTRO⁶ / RC

CICATRICE.....

CUTE.....

LINFEDEMA⁷

sì	no
----	----

 ZONA:⁸..... STADIO N.

ALTRO.....

ESAMI DIAGNOSTICI:

⁶ Segnalare se vi sono limitazioni scapolo omerali antecedenti all'intervento o evidenti limitazioni nei movimenti del RC riferibili all'intervento.

⁷ Da decidere dopo aver preso le misure e indicare, se possibile, lo stadio del linfedema.

⁸ MANO (M) – AVAMBRACCIO (ABR) – BRACCIO (BR) – EMITORACE (EMT)

CARTELLA N.



PROGETTO RIABILITATIVO: Urgente

sì	no
----	----

OUTCOME PRIMARIO.....

.....

OUTCOME SECONDARI.....

LINFODRENAGGIO⁹

sì	no
----	----

 N. SEDUTECADENZA/SETT¹⁰/7

PRESSOTERAPIA

sì	no
----	----

 CADENZA /SETT...../7 TENS.....

BENDAGGIO

sì	no
----	----

ADDESTRAMENTO AD ESERCIZI ATTIVI DA EFFETTUARE AL DOMICILIO

sì	no
----	----

.....

.....

MOBILIZZAZIONE SCAPOLO/OMERALE

sì	no
----	----

 CAD/SETT/7

MOBILIZZAZIONE RACHIDE CERVICALE

sì	no
----	----

 CAD/SETT/7

ALTRO:¹¹

.....

-

DA COMPILARE DA PARTE DELLA SIGNORA / DEL SIGNORE

Sono stata informata /informato sul progetto riabilitativo che mi verrà effettuato durante le sedute terapeutiche e lo condivido.

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

⁹ Ricordarsi di chiedere al pz SE SOFFRE DI ASMA o IPERTIROIDISMO.

¹⁰ Indicare quale sarebbe la frequenza migliore di trattamenti a settimana in relazione al quadro clinico.

¹¹ Riportare se si sono dati consigli relativamente l'importanza dell'utilizzo del tutore elasto-compressivo, del mobiderm, etc... o sulle abitudini alimentari, sull'adozione di un corretto stile di vita, etc....

CARTELLA N.

VALUTAZIONE DEL LINFEDEMA

SCHEDA DI MISURAZIONE COMPARATIVA DEGLI ARTI SUPERIORI

COGNOME..... NOME ANNO NASCITA..... Altezza..... CARTELLA N.

DESTRIMANE - MANCINA - INTERVENTO MAMMELLA DX / SN / ENTRAMBE

USO TUTORE ELASTOCOMPRESSIVO NO – SÌ: tutti i giorni / ore al giorno..... / non abitualmente / solo durante il lavoro / TIPOLOGIA DI TUTORE: 1[^] - 2[^] - 3[^] classe – maglia piana / maglia circolare - INFEZIONI PREGRESSE DEL SISTEMA LINFATICO: NO – SÌ: (indicare quante volte e cosa:.....)

USO MOBIDERM NO – SÌ: abitualmente / non abitualmente - CICLI DI LINFODRENAGGIO PREGRESSI: NO – SÌ (cicli all'anno:)

PRESSOTERAPIA: NO – SÌ (cicli all'anno:) – BENDAGGIO: ANNOTAZIONI:.....

Misurazione effettuata prima del ciclo di trattamento				Misurazione effettuata dopo il ciclo di trattamento			
Data peso.....				Sedute LDM P/BMS..... Data..... peso.....			
Livelli	Arto sano	Arto edematoso	Differenza A	Livelli	Arto edematoso	Differenza B	Diff A/B
a 20 cm				a 20 cm			
a 15 cm				a 15 cm			
a 10 cm				a 10 cm			
gomito ¹				gomito			
a 10 cm				a 10 cm			
a 15 cm				a 15 cm			
a 20 cm				a 20 cm			
polso				polso			
mano				mano			

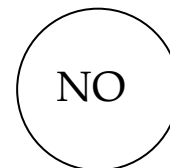
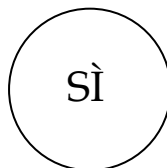
¹ PUNTO DI RIFERIMENTO: RIMA ARTICOLARE OMERO-RADIALE



CONSENSO INFORMATO

La sottoscritta nata a.....
il

ACCONSENTE



di accettare la presenza di altre donne in ambulatorio durante le sedute di fisioterapia a cui mi sottopongo.

Ferrara,

Firma del paziente.....

Firma della fisioterapista che raccoglie il consenso

.....



RIVALUTAZIONE ALLA FINE DEL CICLO RIABILITATIVO

COGNOME E NOME

Data rivalutazione corrispondente all'ultima seduta sì no (se "NO" indicare dopo quanti giorni dall'ultima seduta viene effettuata la valutazione.....)

N° sedute effettuate/durata periodo terapie¹ / =

FREQUENZA SETTIMANALE	Rispettata	Non rispettata per problemi della pz	Non rispettata per problemi organizzativi				
MISURAZIONE ²	sì	no	Inter-operatore	prima del trattamento	Migliorata:		
			Intra-operatore	Dopo il trattamento		sì	no

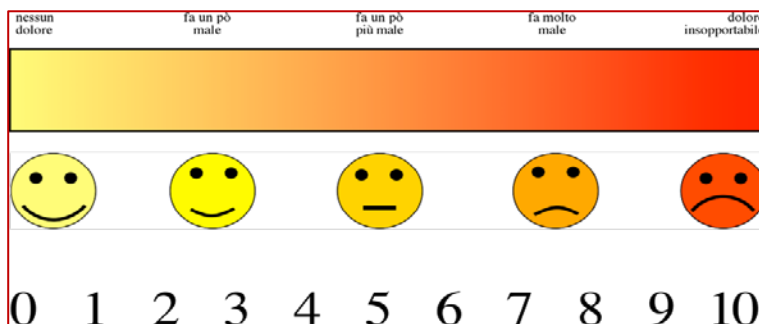
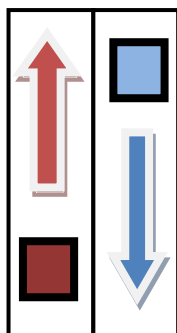
RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVO FISIOTERAPICO: sì no parzialmente

.....

DOLORE:^{3 - 4}

- NON PRESENTE
- PRESENTE
- SALTUARIO
- Stessa localizzazione individuata nella valutazione iniziale?⁵

SÌ - NO



CONSIGLIO:⁶

.....

.....

FISIOTERAPISTA CHE RIVALUTA

¹ Indicare quante sedute sono state effettuate rispetto ai giorni solari necessari a completare l'intero ciclo e scrivere il risultato; il risultato è tanto maggiore quanto minori sono i giorni: es. 10/30= 0,333 - 10/20 = 0,5

² Indicare se viene effettuata la misura durante la rivalutazione finale e nel caso si effettuasse la rivalutazione in occasione dell'ultima seduta riabilitativa, indicare se la misurazione viene effettuata prima o dopo il trattamento riabilitativo (P.S.: sarebbe meglio prima).

³ Rispetto alla valutazione iniziale indicare se aumentato o diminuito facendo una crocetta sulle frecce

⁴ Immagine della Scala di Valutazione VAS tratta da: http://www.danieletonlorenzi.it/wp-content/uploads/ScreenHunter_09-Feb.-06-19.11.gif

⁵ Da compilare se presente ancora dolore. In caso di risposta negativa, fare indicare nuova zona /zone di dolore sulle foto e allegare foglio.

⁶ Consigliare la pz su eventuali cicli futuri, cadenze dei cicli, etc....

CARTELLA N.

CONTROLLI SUCCESSIVI



DATA..... NOME COGNOME..... DATA NASCITA.....

FIRMA FT

MdC:¹.....
.....
.....
.....
.....
.....

MISURAZIONI: **Si** **No** LINFEDEMA² **IN AUMENTO** **IN DIMINUZIONE** **STABILE**

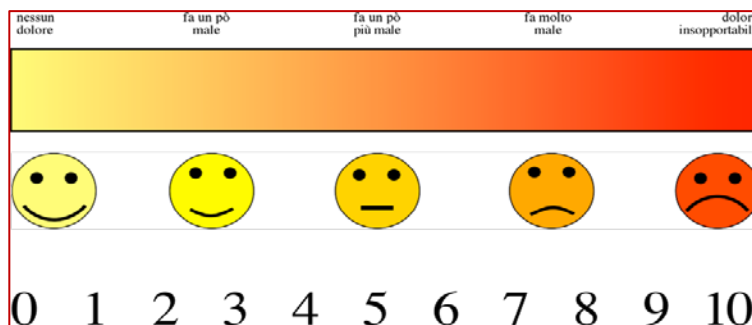
STADIO.....

PRESENZA DI DOLORE: Sì - NO - SALTUARIAMENTE

IMPORTANTE: in caso di dolore deve compilare la Signora/il Signore

ENTITÀ DEL DOLORE: dare una valutazione numerica da 0 a 10 al proprio disagio.

0 = nessun dolore / 10 = dolore insopportabile³



SEDE DEL DOLORE: accerchiare la o le zone in cui si avverte dolore o fastidio in seguito all'intervento.



¹ Motivo di consulto. Scrivere anche in caso abbia subito altro intervento.

² Da decidere dopo avere fatto la misurazione.

³ Immagine della Scala di Valutazione VAS tratta da: http://www.danieletonlorenzi.it/wp-content/uploads/ScreenHunter_09-Feb.-06-19.11.gif

CARTELLA N.

CONTROLLI SUCCESSIVI



.....
.....
ALTRE VALUTAZIONI:

.....
.....
LINFODRENAGGIO Sì No Frequenza...../..... - PRESSO Sì No Freq...../.....

TENS Sì No Frequenza...../..... MOBILIZZAZIONE (specificare).....

.....
.....
ALTRO:

.....
.....
CONSIGLIO: URGENTE - NON URGENTE - N. SEDUTE

.....
.....
ALTRO

DA COMPILARE DA PARTE DELLA SIGNORA / DEL SIGNORE

Sono stata informata /informato sul progetto riabilitativo che mi verrà effettuato durante le sedute terapeutiche e lo condivido.

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....

CARTELLA N.