Folha 1 Oncologia

Código do Centro[2] ☐☐☐☐☐

Código da Unidade[3] ☐☐☐☐☐

Você tem um sistema de documentação computadorizada em seu hospital?[9]	◯ Sim ◯ Não
A terapia nutricional faz parte do plano de cuidados gerais para os pacientes oncológicos?[9]	◯ Sim ◯ Não
Se sim, de que forma se diferencia da abordagem global?[38]	
considerada como rotina	☐
quando o paciente solicita	☐
quando a perda de peso for > 10%	☐
durante a fase paliativa	☐
outra, por favor descreva	
Se não, porque... [10]	
falta de evidência	☐
sem conhecimento no campo	☐
não há reembolso	☐
ela alimenta o tumor	☐
outro	☐
Como a terapia nutricional é realizada nos pacientes oncológicos?[10]	
nutrição de acordo com o planejamento nutricional	☐
cálculo das necessidades energéticas	☐
monitoramento da ingestão alimentar e uso de suplemento oral quando necessário	☐
nenhuma	☐
outro	☐
Se não, por favor indique as principais razões[10]	
falta de evidência	☐
falta de experiência	☐
sem reembolso	☐
falta de nutricionistas	☐
falta de outros especialistas	☐
outro	☐

Com que frequência você avalia os seguintes parâmetros nos pacientes oncológicos e quais métodos você utiliza?[39]

	regularmente	a cada quimioterapia	quando necessário	nunca	?
Antropometria/composição corporal					
peso corporal	◯	◯	◯	◯	◯
antropometria (circunferências)	◯	◯	◯	◯	◯
BIA	◯	◯	◯	◯	◯
Tomografia computadorizada	◯	◯	◯	◯	◯
DEXA	◯	◯	◯	◯	◯
outro	◯	◯	◯	◯	◯
função corporal					
força do aperto de mão (dinamometria)	◯	◯	◯	◯	◯
teste de caminhada de 6 minutos	◯	◯	◯	◯	◯
outro	◯	◯	◯	◯	◯
necessidades nutricionais, calculadas	◯	◯	◯	◯	◯
ingestão nutricional					
cada refeição	◯	◯	◯	◯	◯
1 refeição por dia	◯	◯	◯	◯	◯
2 refeições por dia	◯	◯	◯	◯	◯
recordatório de 24 horas	◯	◯	◯	◯	◯
outro	◯	◯	◯	◯	◯

Quem preencheu este questionário (Folha 1 oncologia)?

◯ nutricionista	◯ enfermeira	◯ médico	◯ cientista nutricional	◯ outro

Cada expoente corresponde ao item nas explicações

© Grupo Oncológico do nutritionDay - para o nutritionDay Worldwide

Folha 2 oncologia Folha N°[18] ☐☐ Código do Centro[2] ☐☐☐☐☐ Código da Unidade[3] ☐☐☐☐☐

"Todos os pacientes oncológicos"

nutritionDay WORLDWIDE

Folha 2_onco

Paciente (4 iniciais)[4]	Número do paciente[5]	Ambulatorial/ enfermaria[40]	Objetivo da terapia[41]	Motivo da admissão[42]	Diagnóstico do câncer (atual)[43]	Tempo desde o diagnóstico do câncer[44]	Estadiamento do câncer[45]	Tempo desde o início do primeiro tratamento do diagnóstico de câncer atual[46]	Situação terapêutica[47]	Infecções[48]	Parâmetro laboratorial (PCR)[49] apenas se este dado já foi avaliado	Parâmetro laboratorial (albumina)[50] apenas se este dado já foi avaliado	Terapia nutricional[51]
Iniciais	N°	a/e	c/p/t	1-6	1-17	1-6	0-IV	1-8	1-10	1-3	○ mg/dL ○ mg/L	○ g/L ○ g/dL	1-10

OBJETIVO DA TERAPIA
- **c=** curativo
- **p=** paliativo
- **t=** terminal

MOTIVO DA ADMISSÃO
- **1=** diagnóstico clínico
- **2=** terapia
- **3=** relacionado à cirurgia
- **4=** tratamento de complcações
- **5=** estado de saúde precário
- **6=** dificuldade de cuidados independentes

DIAGNÓSTICO DO CÂNCER (atual)
- **1=** mama
- **2=** cólon, reto
- **3=** próstata
- **4=** pulmão
- **5=** pele
- **6=** rim/bexiga
- **7=** gástrico/esofágico
- **8=** pâncreas
- **9=** linfoma
- **10=** ouvidos/nariz/ garganta
- **11=** leucemia
- **12=** trato genital
- **13=** fígado
- **14=** sarcoma
- **15=** cérebro
- **16=** testicular
- **17=** outros

TEMPO DESDE DIAGNÓSTICO
- **1=** 0-2 meses
- **2=** 3-5 meses
- **3=** 6-12 meses
- **4=** 1-2 anos
- **5=** 2-4 anos
- **6=** > 4 anos

ESTADIAMENTO DO CÂNCER
- **0=** carcinoma in situ
- **I=** localizado
- **II=** localmente avançado precoce
- **III=** localmente avançado tardio
- **IV=** metastatizado

TEMPO DESDE O ÍNICIO DA PRIMEIRA TERAPIA
- **1=** nenhum tratamento
- **2=** estadiamento ou diagnóstico do tumor
- **3=** 0 - 2 meses
- **4=** 3-5 meses
- **5=** 6-12 meses
- **6=** 1-2 anos
- **7=** 2-4 anos
- **8=** > 4 anos

SITUACÃO TERAPÊUTICA
- **1=** Diagnóstico
- **2=** Quimioterapia 1a linha
- **3=** Quimioterapia > 1a linha
- **4=** Radioterapia
- **5=** Terapia alvo
- **6=** Terapia hormonal
- **7=** Paliativa
- **8=** Cirurgia
- **9 =** Complicações relacionadas ao câncer
- **10=** Complicações relacionadas à terapia

INFECCEÕES
- **1=** nenhuma
- **2=** local
- **3=** generalizada

TERAPIA NUTRICIONAL
- **1=** sem dieta especial
- **2=** plano dietético individualizado
- **3=** SNO hiper protéico/hiper calórico
- **4=** nutrição enteral (via SNE/gastrostomia)
- **5=** nutrição parenteral
- **6=** SNO enriquecido com nutrientes especiais
- **7=** nutrientes especiais (EPA, AA ramificados, glutamina, arginina, carnitina)
- **8 =** preferências pessoais
- **9 =** aconselhamento
- **10=** outro

Cada expoente corresponde ao item nas explicações

©nutritionDay oncology group - for nutritionDay worldwide

nutritionDay WORLDWIDE

Folha 3 Paciente

Data [1] _ _ / _ _ / _ _ _ _

Número do paciente [5] ☐☐

Prezado paciente,
Gostaríamos que você completasse este questionário hoje para otimizar os cuidados nutricionais nesta unidade

Por favor marque ⊗ **ou preencha** m

OBRIGADO PELA SUA COLABORACÃO!

Paciente-iniciais: [4] 2 primeiras letras do seu primeiro nome ☐☐ 2 primeiras letras do seu último nome ☐☐

Seu peso habitual antes de adoecer [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Eu não sei

Seu peso atual [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Eu não sei

Sua perda de peso foi intencional ou não intencional? [54]

◯ intencional ◯ não intencional ◯ peso estável

Por favor, marque o que melhor se aplica durante a última semana: [55]

	em nenhum momento	um pouco	bastante	muito
Teve dores?	◯	◯	◯	◯
Precisou de descansar?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se fraco/a?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se deprimido/a?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se cansado/a?	◯	◯	◯	◯
As dores perturbaram as suas atividades diárias?	◯	◯	◯	◯
Teve falta de apetite?	◯	◯	◯	◯

Por favor, marque o que melhor se aplica neste momento: [55]

	em nenhum momento	um pouco	bastante	muito
Teve dores?	◯	◯	◯	◯
Precisou de descansar?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se fraco/a?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se deprimido/a?	◯	◯	◯	◯
Sentiu-se cansado/a?	◯	◯	◯	◯
As dores perturbaram as suas atividades diárias?	◯	◯	◯	◯
Teve falta de apetite?	◯	◯	◯	◯

Se seu apetite ou sua ingestão alimentar mudou, por favor indique porquê? [10]

☐ náusea/vômito ☐ obstipação (intestino preso) ☐ fico logo satisfeito/ perda de apetite
☐ inflamação na boca ☐ diarréia
☐ dor ☐ mudança no paladar/cheiro ☐ outros

Qual das seguintes atividades é o máximo que você consegue realizar? (escolha apenas uma opção) [56]

◯ capaz de praticar esportes ◯ capaz de me cuidar sózinho
◯ totalmente ativo ◯ capaz de me cuidar sózinho com limitações
◯ capaz de realizar atividades leves ◯ maior parte do tempo na cama ou cadeira

O que você toma sem prescrição médica? [10]

☐ nada ☐ multivitamínicos
☐ chá de ervas ☐ outra medicação
☐ suplementos nutricionais ☐ outros

Você pratica qual das seguintes atividades? [10]

☐ nenhuma ☐ Meditação ☐ outros
☐ Psicoterapia ☐ Relaxamento muscular progressivo
☐ Yoga ☐ Qigong

É difícil para você seguir seu tratamento? [9] ◯ Sim ◯ Não ◯ Eu não sei

Alguém ajudou você a completar o questionário? [9] ◯ Sim ◯ Não ◯ Eu não sei

Você acredita que a se nutrição fosse incluída no seu tratamento para o câncer ela traria benefícios importantes para você? [9] ◯ Sim ◯ Não ◯ Eu não sei

Cada expoente corresponde ao item nas explicações

© Grupo Oncológico do nutritionDay - para o nutritionDay Worldwide
nutritionDay worldwide - uma auditoria transversal multinacional