nutritionDay WORLDWIDE

Foglio1_onco

Codice del centro [2] ☐☐☐☐☐

Codice del reparto [3] ☐☐☐☐☐

Esiste nel vostro ospedale un sistema computerizzato di gestione cartelle? [9]	◯ SÌ ◯ NO
La terapia nutrizionale fa parte della strategia terapeutica dei pazienti oncologici? [9]	◯ SÌ ◯ NO

Se sì, in quale modo ne fa parte ? [38]	
e' sempre considerata	☐
quando la richiede il paziente	☐
quando il calo ponderale >10 %	☐
durante la fase palliativa	☐
altro, (descrivere)	

Se no, perché ... [10]	
mancanza di evidenze	☐
nessuna competenza in nutrizione	☐
nessun rimborso	☐
stimola il tumore	☐
altro	☐

Quale terapia nutrizionale è usata per il paziente oncologico? [10]	
elaborazione piano nutrizionale	☐
calcolo dei fabbisogni energetici	☐
monitoraggio assunzione calorica e uso di supplementi orali quando necessario	☐
nessuna	☐
altro	☐

Se no, indicate le principali ragioni [10]	
mancanza di evidenze	☐
mancanza di esperienza	☐
nessun rimborso	☐
assenza di dietiste	☐
mancanza di personale con competenza specifica	☐
altro	☐

Con che frequenza controllate i seguenti parametri nei pazienti oncologici e quali metodi utilizzate? [39]

	Con regolarità	ad ogni ciclo di chemioterapia	quando necessario	mai	?
Antropometria/composizione corporea					
peso corporeo	◯	◯	◯	◯	◯
antropometria (circonferenze)	◯	◯	◯	◯	◯
composizione corporea (BIA)	◯	◯	◯	◯	◯
composizione corporea (TC)	◯	◯	◯	◯	◯
composizione corporea (DEXA)	◯	◯	◯	◯	◯
altro	◯	◯	◯	◯	◯
parametri funzionali					
dinamometro	◯	◯	◯	◯	◯
test del cammino (6 min)	◯	◯	◯	◯	◯
altro	◯	◯	◯	◯	◯
necessità nutrizionali (calcolate)	◯	◯	◯	◯	◯
assunzione calorica					
ad ogni pasto	◯	◯	◯	◯	◯
1 pasto al giorno	◯	◯	◯	◯	◯
2 pasti al giorno	◯	◯	◯	◯	◯
recall delle 24 ore	◯	◯	◯	◯	◯
altro	◯	◯	◯	◯	◯

Chi ha completato il Foglio (Foglio 1_onco)? [11]

◯ dietista ◯ infermiera ◯ medico ◯ nutrizionista ◯ altro

Il numero di referenza corrisponde al numero della spiegazione

©**nutritionDay oncology group** for nutritionDay worldwide
nutrition**D**ay **worldwide** -audit internazionale cross-sectional

Foglio 2_onco

Foglio N° [18] ☐☐ Codice del centro [2] ☐☐☐☐☐ Codice del reparto [3] ☐☐☐☐☐

"Tutti i pazienti oncologici presenti"

nutritionDay WORLDWIDE

Paziente (4 lettere) [4]	Paziente numero [5]	Ambulatorio (o) / Reparto (w) [40]	Obbiettivo terapeutico [41]	Causa del ricovero [42]	Diagnosi oncologica (attuale) [43]	Tempo dalla diagnosi oncologica [44]	Staging oncologico [45]	Tempo dall'inizio della 1° terapia per l'attuale tumore [46]	Terapia [47]	Infezioni [48]	Laboratorio (PCR) solo se il dato è valutato [49]	Laboratorio (albumina) solo se il dato è valutato [50]	Terapia nutrizionale [51]
Iniziali	N°	o/w	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

OBBIETTIVO TERAPEUTICO
- **c=** curativa
- **p=** palliativa
- **t=** terminale

CAUSA DEL RICOVERO
- **1=** diagnosi
- **2=** terapia
- **3=** motivi chirurgici
- **4=** complicanze della terapia
- **5=** stato di salute compromesso
- **6=** cura di sé limitata

DIAGNOSI ONCOLOGICA (attuale)
- **1=** mammella
- **2=** colon-retto
- **3=** prostata
- **4=** polmone
- **5=** cute
- **6=** rene/vescica
- **7=** stomaco/esofago
- **8=** pancreas
- **9=** linfoma
- **10=** testa/collo
- **11=** leucemia
- **12=** utero/ovaie
- **13=** fegato
- **14=** sarcoma
- **15=** cervello
- **16=** testicolo
- **17=** altro

TEMPO DALLA DIAGNOSI
- **1=** 0-2 mesi
- **2=** 3-5 mesi
- **3=** 6-12 mesi
- **4=** 1-2 anni
- **5=** 2-4 anni
- **6=** > 4 anni

STAGING ONCOLOGICO
- **0=** carcinoma in situ
- **I=** localizzato
- **II=** localmente avanzato, precoce
- **III=** localmente avanzato, tardivo
- **IV=** in fase metastatica

TEMPO DALL'INIZIO DELLA 1° TERAPIA
- **1=** nessuna terapia
- **2=** diagnosi/staging del tumore
- **3=** 0-2 mesi
- **4=** 3-5 mesi
- **5=** 6-12 mesi
- **6=** 1-2 anni
- **7=** 2-4 anni
- **8=** > 4 anni

TERAPIA
- **1=** diagnosi
- **2=** chemio 1° linea
- **3=** chemio >1° linea
- **4=** radioterapia
- **5=** terapia mirata
- **6=** ormonoterapia
- **7=** palliativa
- **8=** chirurgia
- **9=** complicanze legate al tumore
- **10=** complicanze della terapia

INFEZIONI
- **1=** nessuna
- **2=** locale
- **3=** sepsi

TERAPIA NUTRIZIONALE
- **1=** no dieta speciale
- **2=** dieta individualizzata
- **3=** ONS ipercalorica/iperproteica
- **4=** nutrizione enterale (via SNG/PEG)
- **5=** nutrizione parenterale
- **6=** ONS con nutraceutici
- **7=** nutraceutici (EPA, aminoacidi catena ramificata, glutamina, arginina, carnitina)
- **8=** scelte personali
- **9=** counseling
- **10=** altro

Il numero di referenza corrisponde al numero della spiegazione

©nutritionDay oncology group - for nutritionDay worldwide

nutritionDay WORLDWIDE

Foglio 3 paziente oncologico

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

Paziente numero [5] ☐☐

Gentile paziente,
Oggi le chiediamo gentilmente di completare questo questionario per migliorare la terapia nutrizionale di questo reparto. Vorremmo chiederle come si sente e quanto attivo sia.

Per favore, indicare con croce ⊗ **o riempire** ▬ **GRAZIE PER IL SUO AIUTO!**

Paziente (iniziali) : [4] le prime 2 lettere del nome ☐☐ le prime 2 lettere del cognome ☐☐

Il suo peso abituale prima di ammalarsi [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Non so

Il suo peso attuale [52] ☐☐☐ **kg** ◯ Non so

La variazione di peso è stata volontaria o involontaria? [54]

◯ volontaria ◯ involontaria ◯ il peso è stabile

Per favore, indicare quale delle seguenti affermazioni le si addice di più <u>durante l'ultima settimana</u>: [55]

	per nulla	un po'	abbastanza	molto
Ha avuto dolore?	◯	◯	◯	◯
Ha avuto bisogno di riposo?	◯	◯	◯	◯
Ha sentito debolezza?	◯	◯	◯	◯
Ha avvertito uno stato di depressione?	◯	◯	◯	◯
Ha sentito stanchezza?	◯	◯	◯	◯
Il dolore ha interferito con le Sue attività quotidiane?	◯	◯	◯	◯
Le è mancato l'appetito?	◯	◯	◯	◯

Per favore, indichi quale delle seguenti affermazioni le si addice di più <u>ora</u>: [55]

	per nulla	un po'	abbastanza	molto
Prova dolore	◯	◯	◯	◯
Ha bisogno di riposo?	◯	◯	◯	◯
Si sente debole?	◯	◯	◯	◯
Si sente depresso?	◯	◯	◯	◯
Si sente stanco	◯	◯	◯	◯
Il dolore interferisce con le Sue attività quotidiane?	◯	◯	◯	◯
Il suo appetito è ridotto?	◯	◯	◯	◯

Se il suo appetito o alimentazione sono cambiati, indichi per quale motivo? [10]

☐ nausea/vomito ☐ stipsi ☐ sazietà precoce/ perdita appetito
☐ infiammazione della bocca ☐ diarrea
☐ dolore ☐ modificazioni gusto/odorato ☐ altro

Quale delle seguenti attività riesce a fare senza problemi (scegliere solo una opzione)? [56]

◯ posso praticare sport ◯ posso prendermi cura di me
◯ pienamente attivo ◯ posso prendermi cura di me in parte
◯ posso fare lavori di casa leggeri ◯ allettato o su carrozzina

Prende qualcosa senza prescrizione medica? [10]

☐ niente ☐ multivitaminici
☐ tè ☐ altri farmaci
☐ supplementi nutrizionali ☐ altro

Quale delle seguenti attività pratica ? [10]

☐ niente ☐ Meditazione ☐ altro
☐ Psicoterapia ☐ Tecniche di rilassamento muscolare
☐ Yoga ☐ Qigong

E' difficile seguire la terapia prescritta? [9] ◯ SÌ ◯ NO ◯ Non so

E' stato aiutato per compilare il seguente questionario? [9] ◯ SÌ ◯ NO ◯ Non so

Pensa che inserire la terapia nutrizionale nella terapia oncologica che sta seguendo possa aiutarla? [9] ◯ SÌ ◯ NO ◯ Non so

Il numero di referenza corrisponde al numero della spiegazione

©nutritionDay oncology group for nutritionDay worldwide
nutritionDay worldwide - audit internazionale cross-sectional