

Protocollo QUETE
Analisi della Qualità di vita dei pazienti con Enterostomia
Temporanea prima e dopo la ricanalizzazione

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

1 DATI GENERALI

Questo questionario deve essere compilato dal MEDICO

nome e cognome: _____ firma: _____

Età (anni)		
Sesso	M	F
Patologia		
TNM se patologia neoplastica	SI	NO
Tipo di anastomosi		
Tecnica di anastomosi (manuale-meccanica)		
Limiti inferiori di resezione (cm dal margine anale)		
Confezionamento pouch	SI	NO
Terapia neoadiuvante	SI	NO
Terapia adiuvante	SI	NO
Intervento eseguito	OPEN	LPS
Localizzazione stomia	ILEO	COLON
Complicanze post-operatorie (lesioni sfinteriche deiscenza anastomosi, fistolizzazione, stenosi, prolasso della stomia, ernia parastomale, laparoccele, infezione cronica delle ferite, ecc.)		
Tempo di permanenza stomia (mesi)		

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

2 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE**Questo questionario deve essere compilato dal MEDICO**

nome e cognome: _____ firma: _____

2.1 CRITERI DI INCLUSIONE

Stomia temporanea negli ultimi 6 mesi	SI	NO
Candidato alla ricanalizzazione nei prossimi 6 mesi	SI	NO
Consenso informato	SI	NO
Età compresa tra 18 e 80 anni	SI	NO

2.2 CRITERI DI ESCLUSIONE

Assenza di consenso informato	SI	NO
Età fuori dai limiti	SI	NO
Altri a giudizio dello sperimentatore*	SI*	NO

Se SI, indicare quali: _____

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

3 DIETA

Questo questionario deve essere compilato dallo STOMATOTERAPISTA o dal MEDICO

nome e cognome: _____ firma: _____

A pre-ricanalizzazione

Dopo l'intervento di resezione come è stata la sua dieta?	normale (come prima dell'intervento)	ha subito delle limitazioni
---	---	-----------------------------

B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)

Dopo l'intervento di ricanalizzazione come è stata la sua dieta?	invariata	le limitazioni sono diminuite	le limitazioni sono aumentate
--	-----------	-------------------------------	-------------------------------

C post-ricanalizzazione 2 (6 - 12 mesi)

Dopo l'ultima visita come è stata la sua dieta?	invariata	le limitazioni sono diminuite	le limitazioni sono aumentate
---	-----------	-------------------------------	-------------------------------

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

4 DISTURBI COLLATERALI

Questo questionario deve essere compilato dallo STOMATOTERAPISTA o dal MEDICO

nome e cognome: _____ firma: _____

A pre-ricanalizzazione

Problemi di odore	SI	NO	Fistolizzazione	SI	NO
Dermatiti	SI	NO	Stenosi	SI	NO
Ernia stomale	SI (cm _____)	NO	Necrosi	SI	NO
Prolasso	SI	NO	Feci molli	SI	NO
Retrazione	SI	NO	Incontinenza	SI	NO
Fistolizzazione	SI	NO			

B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)

Problemi di odore	SI	NO
Dermatiti perianali	SI	NO
Prolasso anale	SI	NO
Fistolizzazione	SI	NO
Stenosi	SI	NO
Feci molli	SI	NO
Incontinenza	SI	NO

C post-ricanalizzazione 2 (6 - 12 mesi)

Problemi di odore	SI	NO
Dermatiti perianali	SI	NO
Prolasso anale	SI	NO
Fistolizzazione	SI	NO
Stenosi	SI	NO
Feci molli	SI	NO
Incontinenza	SI	NO

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

5 ASPETTI SOCIALI

Questo questionario deve possibilmente essere compilato dallo PSICOLOGO o dal MEDICO

nome e cognome: _____ firma: _____

A pre-ricanalizzazione**5A.1 LAVORO**

Dopo l'intervento di resezione, è tornato al lavoro	SI	NO
Se SI, dopo quanto tempo		

Attività lavorativa	aumentata	invariata	ridotta	cessata
Incontri di lavoro	aumentati	invariati	ridotti	cessati
Relazioni di lavoro	migliorate	invariate	peggiorate	cessate

5A.2 RELAZIONI SOCIALI

Visite a conoscenti	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Visite a parenti/amici	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Vita sociale	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Utilizzo del tempo libero	migliorato	invariato	peggiorato	cessato

B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)**5B.1 LAVORO**

Dopo l'intervento di ricanalizzazione, è tornato al lavoro	SI	NO
Se SI, dopo quanto tempo		

Attività lavorativa	aumentata	invariata	ridotta	cessata
Incontri di lavoro	aumentati	invariati	ridotti	cessati
Relazioni di lavoro	migliorate	invariate	peggiorate	cessate

5B.2 RELAZIONI SOCIALI

Visite a conoscenti	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Visite a parenti/amici	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Vita sociale	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Utilizzo del tempo libero	migliorato	invariato	peggiorato	cessato

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

C post-ricanalizzazione 2 (6 - 12 mesi)**5B.1 LAVORO**

Dopo l'ultima visita, è tornato al lavoro	SI	NO
Se SI, dopo quanto tempo		

Attività lavorativa	aumentata	invariata	ridotta	cessata
Incontri di lavoro	aumentati	invariati	ridotti	cessati
Relazioni di lavoro	migliorate	invariate	peggiorate	cessate

5B.2 RELAZIONI SOCIALI

Visite a conoscenti	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Visite a parenti/amici	aumentate	invariate	ridotte	cessate
Vita sociale	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Utilizzo del tempo libero	migliorato	invariato	peggiorato	cessato

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

6 DISTURBI SPECIFICIQuesto questionario deve possibilmente essere compilato dallo **PSICOLOGO** o dal **MEDICO**

nome e cognome: _____ firma: _____

A pre-ricanalizzazione

Sensazione di emanare cattivo odore	SI	NO
Modifica dell'immagine corporea	SI	NO
Sensazione di aver perduto una parte di se' stesso	SI	NO
Paura di mostrarsi in pubblico	SI	NO

B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)

Sensazione di emanare cattivo odore	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Modifica dell'immagine corporea	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Sensazione di aver perduto una parte di se' stesso	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Paura di mostrarsi in pubblico	migliorata	invariata	peggiorata	cessata

C post-ricanalizzazione 2 (6 - 12 mesi)

Sensazione di emanare cattivo odore	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Modifica dell'immagine corporea	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Sensazione di aver perduto una parte di se' stesso	migliorata	invariata	peggiorata	cessata
Paura di mostrarsi in pubblico	migliorata	invariata	peggiorata	cessata

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

7 DISTURBI GENERALI

Questo questionario deve possibilmente essere compilato dallo PSICOLOGO o dal MEDICO

nome e cognome: _____ firma: _____

A pre-ricanalizzazione

Agitazione creata dalla presenza del sacchetto	SI	NO
Preoccupazione che qualche cosa possa andare storto	SI	NO

					NOTE
Sonno notturno	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Interesse per le attività sociali	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Partecipazione alle attività sociali	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Uscite di casa	aumento	invariate	ridotte	cessate	
Attività sessuale	meglio	invariata	peggio	cessata	
Desiderio sessuale	meglio	invariato	peggio	cessato	
SE FEMMINA: dispareunia	meglio	invariata	peggio	cessata	
SE MASCHIO: capacità	meglio	invariata	peggio	cessata	

B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)

					NOTE
Agitazione creata dalla presenza del sacchetto	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Preoccupazione che qualche cosa possa andare storto	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Sonno notturno	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Interesse per le attività sociali	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Partecipazione alle attività sociali	Aumento	invariata	ridotta	cessata	
Uscite di casa	Aumento	invariate	ridotte	cessate	
Attività sessuale	Meglio	invariata	peggio	cessata	
Desiderio sessuale	Meglio	invariato	peggio	cessato	
SE FEMMINA: dispareunia	Meglio	invariata	peggio	cessata	
SE MASCHIO: capacità	Meglio	invariata	peggio	cessata	

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

C post-ricanalizzazione 2 (6 -12 mesi)

					NOTE
Agitazione creata dalla presenza del sacchetto	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Preoccupazione che qualche cosa possa andare storto	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Sonno notturno	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Interesse per le attività sociali	aumento	invariato	ridotto	cessato	
Partecipazione alle attività sociali	aumento	invariata	ridotta	cessata	
Uscite di casa	aumento	invariate	ridotte	cessate	
Attività sessuale	meglio	invariata	peggio	cessata	
Desiderio sessuale	meglio	invariato	peggio	cessato	
SE FEMMINA: dispareunia	meglio	invariata	peggio	cessata	
SE MASCHIO: capacità	meglio	invariata	peggio	cessata	

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_|_| Data: |_|_| |_|_|_|_|

8 MANOMETRIA ANALE**A pre-ricanalizzazione****DEFINIRE APPARECCHIATURA:** _____**MRP** (Max Resting Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H₂O**MSP** (Max Squeezing Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H₂O**MSL** (Max Sphincter Length) = |_|_|_| mm**ST** (Sensitivity Threshold) = |_|_|_|_| ml**UT** (Urgency Threshold) = |_|_|_|_| ml**MTV** (Max Tolerable Volume) = |_|_|_|_| ml**Compliance** (a scelta, rapporto vol/press): _____**B post-ricanalizzazione 1 (2 mesi)****DEFINIRE APPARECCHIATURA:** _____**MRP** (Max Resting Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H₂O**MSP** (Max Squeezing Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H₂O**MSL** (Max Sphincter Length) = |_|_|_| mm**ST** (Sensitivity Threshold) = |_|_|_|_| ml**UT** (Urgency Threshold) = |_|_|_|_| ml**MTV** (Max Tolerable Volume) = |_|_|_|_| ml**Compliance** (a scelta, rapporto vol/press): _____

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

C post-ricanalizzazione 2 (6 – 12 mesi)

DEFINIRE APPARECCHIATURA: _____

MRP (Max Resting Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H2O

MSP (Max Squeezing Pressure) = |_|_|_|_|_| mm/Hg cm/H2O

MSL (Max Sphincter Length) = |_|_| mm

ST (Sensitivity Threshold) = |_|_|_|_| ml

UT (Urgency Threshold) = |_|_|_|_| ml

MTV (Max Tolerable Volume) = |_|_|_|_| ml

Compliance (a scelta, rapporto vol/press): _____

Protocollo QUETE

Centro |_|_| Iniz. Paz. |_|_| |_|_| Num. Paz. |_|_|_| Data: |_|_| |_|_| |_|_|

9 EVENTI AVVERSI**Questo questionario deve essere compilato dal MEDICO****Descrizione dell'evento:** _____

_____**Durata dell'evento:** inizio: data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|
fine: data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|**Intensità dell'evento:** 1 Lieve 2 Moderata 3 Marcata 4 Grave**Eventuale assunzione di farmaci:**farmaco: _____ data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|
farmaco: _____ data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|
farmaco: _____ data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|
farmaco: _____ data (g/m/a): |_|_| |_|_| |_|_| ora (h/m): |_|_| |_|_|**Relazione con i farmaci somministrati:**farmaco: _____ 1 Certa 2 Probabile 3 Possibile
 4 Dubbia 5 Sconosciuta
farmaco: _____ 1 Certa 2 Probabile 3 Possibile
 4 Dubbia 5 Sconosciuta
farmaco: _____ 1 Certa 2 Probabile 3 Possibile
 4 Dubbia 5 Sconosciuta
farmaco: _____ 1 Certa 2 Probabile 3 Possibile
 4 Dubbia 5 Sconosciuta**Provvedimenti adottati:** 1 Nessuno 2 Riduzione dose 3 Interruzione trattamento
 4 Terapia(descrizione): _____
 5 Altro(descrizione): _____**Esito:** 1 Risolto 2 Risolto con esiti (spiegazione): _____
 3 Non risolto 4 Deceduto
 5 Sconosciuto (spiegazione): _____

Firma dello Sperimentatore: _____

Gli Eventi Avversi gravi devono essere comunicati immediatamente

allo Sperimentatore principale