



## CARTELLA ONCOGERIATRICA

SOC Geriatria/ Medicina

DR .....

SOC Oncologia

DR.....

DATA ...../...../.....

**Nome**.....**Cognome** .....

Luogo e Data di nascita.....

Domicilio a.....Via.....

Residenza se diversa dal domicilio.....

Telefono.....

**Care giver**..... Tel.....

**Medico Curante**..... Tel.....

### VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE GERIATRICA

G8.....

Stato Nutrizionale Kg.....H.....BMI.....

In caso di BMI  $\leq$  22 approfondimento con eventuale test MNA

Stato Civile.....Istruzione.....

CoMorbilità .....

.....

.....

Terapia in corso:

.....

.....

.....

CIRS..... KPS.....

ADL..... IADL.....

SPMSQ.....MMSE in caso di punteggio SPMSQ > 3

Geriatric Depression Scale (ove possibile autocompilata dal paziente).....



## **SITUAZIONE SOCIALE-RETE ASSISTENZIALE**

Con chi vive ? .....

In caso di necessità di recarsi in ospedale per frequenti terapie o accertamenti chi potrebbe accompagnarla? .....

In caso di impossibilità ad uscire di casa chi potrebbe aiutarla?.....

Sono stati attivati Servizi Sociali?.....

Ha un'invalidità civile riconosciuta?                      SI                      NO

Con quale percentuale riconosciuta?.....

**SINTOMI ATTUALI**.....

.....  
.....

**ALLERGIE**.....

.....

**ESAME OBIETTIVO**.....

.....  
.....

## **VALUTAZIONE ONCOLOGICA**

TIPO ISTOLOGICO.....

DATA DIAGNOSI.....

- CHIRURGIA                      SI                      NO
- RT                      SI                      NO
- OT                      SI                      NO
- CT                      SI                      NO
- ES. Istologico/
- Citologico da
- Biopsia                      SI                      NO

DATA .....

TIPO di INTERVENTO.....



**STADIAZIONE**

T..... N..... M..... MTS.....

Fattori prognostici per patologia:.....

MARKERS INIZIALI.....

DIAGNOSI nota al Paziente.....

**CONSAPEVOLEZZA**

- A) Conosce la diagnosi, la prognosi e parla della propria malattia;
- B) Conosce la diagnosi, ma non la prognosi.
- C) Nel corso della visita non pone domande dirette, delegando chi lo accompagna a ricevere le notizie e a prendere le decisioni.
- D) Non ha ricevuto sino ad ora alcuna informazione.

Nel corso della visita non pone domande dirette delegando chi lo accompagna a ricevere le notizie e a prendere le decisioni?.....

I famigliari hanno esplicitamente chiesto ai curanti che non venisse data alcuna informazione? .....

**PIANO ASSISTENZIALE**

ATTIVAZIONE di:

- GIC .....
- SUPPORTO ADI + CURANTE .....
- CURE PALLIATIVE .....

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

TIPO di TERAPIA:	NEOADIUVANTE
	ADIUVANTE
	TRATTAMENTO DELLA MALATTIA AVANZATA
	CONCOMITANTE

SCHEMA.....

EVENTUALI RIDUZIONI .....

N° CICLI.....

MOTIVAZIONE DELLA SCELTA .....