

WORKSHOP

9 CRPT- PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING
PREVENZIONE SERENA
DICEMBRE PREVENZIONE SERENA:
L'OGGI E IL DOMANI
2024 WORKSHOP 2024

Elisabetta NETTI
CPSI UVOS



**Strategie
per la
standardizzazione dell' anamnesi
nei soggetti positivi al FIT**



Evoluzione
continua



RUOLO dell' INFERMIERE



- **Comunicazione Positività**
- **Counselling**
- **Questionario anamnestico**

QUESTIONARIO ANAMNESTICO ASL TO5



Cognome e nome:
M F Nato/a il : tel:

Familiarità'
Sblocco sintomi
FIT + del Hb
Follow-up del
Da CV + del

Allergia al LATTICE (certificata) NO SI

Altre allergie NO SI

Peso in kg.

Ha effettuato in precedenza una Colonscopia Rettosigmoidoscopia

Data ultima: Motivo:

Nella sua famiglia vi sono stati casi di tumore del colon-retto?

Parenti di I° grado Padre Madre Fratelli/sorelle Figli No SI n°.....

Età diagnosi
.....

Parenti di II° grado Nonni paterni Zii paterni Nonnimaterni Zii materni No SI n°.....

Età diagnosi
.....

FOLLOW UP: Tumore intestino Polipi intestinali

Patologie intestinali note: Diverticoli Celiachia RCU Morbo di Crohn

Ha avuto negli ultimi mesi uno dei seguenti disturbi?

dolori addominali ricorrenti diarrea stipsi perdita di sangue nelle feci
 perdita di peso sup. a 5 kg feci scure (nere) frequente stimolo all'evacuazione con piccole
quantità di feci o senza emissione di feci (tenesmo)

PATOLOGIE CRONICHE

FAVISMO No SI Non sa GLAUCOMA No SI

DIABETE No SI IPERTENSIONE ARTERIOSA No SI EPILESSIA No SI

BPCO/OSAS No SI OSSIGENOTERAPIA/CPAP NO SI

Patologie cardiache No SI

Profilassi Endocardite No SI

Neoplasie in atto? No SI

Neoplasie pregresse? No SI

Altre patologie di rilievo

Invalidità No SI Motivo

Ha effettuato interventi chirurgici addominali?

TERAPIA ANTICOAGULANTE

1. ANTIAGGREGANTE mg ore

2. NAO mg ore

3. T.A.O mg ore

Terapia sostitutiva

Altra terapia in atto:

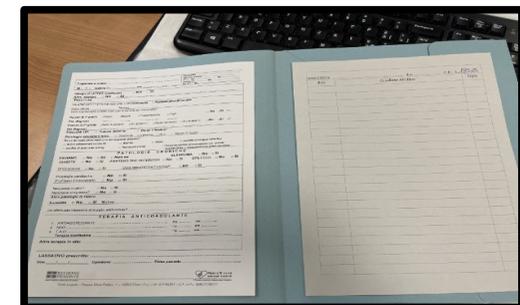
LASSATIVO prescritto:

Data ____/____/____ Operatore: Firma paziente

- ANALISI DELLO STATO DI
SALUTE DEL PAZIENTE

- AGEVOLAZIONE DEL
PERSONALE ENDOSCOPICO

- OTTIMIZZAZIONE DEGLI SPAZI
APPUNTAMENTO IN AGENDA



ASL TO5



Cognome e nome: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nato/a il : tel:		Familiarita' Sblocco sintomi FIT + del Hb Follow-up del Da CV+ del
Allergia al LATTICE (certificata) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Altre allergie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Peso in kg.		
Ha effettuato in precedenza una <input type="checkbox"/> Colonscopia <input type="checkbox"/> Rettosigmoidoscopia Data ultima: Motivo: Nella sua famiglia vi sono stati casi di tumore del colon-retto?		
Parenti di I° grado <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI n°..... Età diagnosi Parenti di II° grado <input type="checkbox"/> Nonni paterni <input type="checkbox"/> Zii paterni <input type="checkbox"/> Nonnimaternali <input type="checkbox"/> Zii materni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI n°..... Età diagnosi		
FOLLOW UP: <input type="checkbox"/> Tumore intestino <input type="checkbox"/> Polipi intestinali Patologie intestinali note: <input type="checkbox"/> Diverticoli <input type="checkbox"/> Celiachia <input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> Morbo di Crohn Ha avuto negli ultimi mesi uno dei seguenti disturbi? <input type="checkbox"/> dolori addominali ricorrenti <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> perdita di sangue nelle feci <input type="checkbox"/> perdita di peso sup. a 5 kg <input type="checkbox"/> feci scure (nere) <input type="checkbox"/> frequente stimolo all'evacuazione con piccola quantità di feci o senza emissione di feci (tenesmo)		
PATOLOGIE CRONICHE		
FAVISMO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non sa <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI DIABETE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI BPCO/OSAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA/CPAP <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
Patologie cardiache <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Profilassi Endocardite <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI		
Neoplasie in atto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Neoplasie pregresse? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Altre patologie di rilievo Invalidità <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Motivo		
Ha effettuato interventi chirurgici addominali?		
TERAPIA ANTICOAGULANTE		
1. ANTIAGGREGANTE mg ore 2. NAO mg ore 3. T.A.O mg ore Terapia sostitutiva		
Altra terapia in atto:		

LASSATIVO prescritto:

Data ____/____/____ Operatore: Firma paziente



MODULO ANAMNESTICO PER COLONSCOPIA IN PERSONE FIT +



Nome..... Cognome..... Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Data di nascita ____/____/____ Tel..... Struttura di afferenza FIT + del ____/____/____ Follow-up del ____/____/____ Da CV + del ____/____/____	
1. Ha effettuato in passato una colonscopia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare Data ultima ____/____/____ Motivo.....	
2. Follow-up? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare <input type="checkbox"/> tumore intestino (F-up chirurgico) <input type="checkbox"/> polipi intestinali	
3. Presenza di Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
4. Condizioni croniche da considerare per le indicazioni della preparazione? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare <input type="checkbox"/> diabete <input type="checkbox"/> fenilchetonuria <input type="checkbox"/> favismo	
5. È in terapia anticoagulante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare <input type="checkbox"/> Antiaggregante Farmaco..... mg..... <input type="checkbox"/> NAO Farmaco..... mg..... <input type="checkbox"/> TAO Farmaco..... mg..... <input type="checkbox"/> Doppia antiaggregazione Farmaco..... mg.....	
6. Altre situazioni da segnalare per narcosi (es: demenza, patologie psichiatriche, etc...) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Se sì, specificare.....	
Lassativo per preparazione..... Se il paziente rifiuta di fare l'esame, specificare la motivazione.....	
Data ____/____/____ Operatore.....	

Note

1, 2: se la colonscopia è stata eseguita meno di 3 anni fa, richiedere la documentazione e verificare con l'endoscopista se necessario ripetere l'esame.

3: se il paziente è seguito da un Centro specialistico rinviare al Centro, altrimenti prenotare la colonscopia segnalando il caso agli endoscopisti.

4: raccomandare precauzioni per la gestione delle restrizioni dietetiche, rimandando possibilmente il paziente al curante. Per Fenilchetonuria e Favismo usare come preparazione il **Macrogol** e **non il Plenvu**.

5: se il paziente è in trattamento con **Antiaggregante (ASA)**, non sospendere. Se in trattamento con **NAO**, inviare all'endoscopista per indicazioni su sospensione. Se in trattamento con **TAO e/o Doppia Antiaggregazione** inviare a specialista di riferimento. Se il paziente **non è seguito da uno specialista di riferimento**, sarà prenotato nell'agenda dedicata della cardiologia di riferimento identificata dal programma per questo tipo di consulenze.

L'endoscopista fornirà le indicazioni per la ripresa della terapia.

Cognome e nome:	Familiarita'
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nato/a il : tel:	Sblocco sintomi
	FIT + del HB
	Follow-up del
	Da CV + del
Allergia al LATTICE (certificata) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Altre allergie <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Peso in kg.	
Ha effettuato in precedenza una <input type="checkbox"/> Colonscopia <input type="checkbox"/> Rettosigmoidoscopia	
Data ultima: Motivo:	
Nella sua famiglia vi sono stati casi di tumore del colon-retto?	
Parenti di I° grado <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Fratelli/sorelle <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI n°	
Età diagnosi	
Parenti di II° grado <input type="checkbox"/> Nonni paterni <input type="checkbox"/> Zii paterni <input type="checkbox"/> Nonnimaterni <input type="checkbox"/> Zii materni <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI n°	
Età diagnosi	
FOLLOW UP: <input type="checkbox"/> Tumore intestino <input type="checkbox"/> Polipi intestinali	
Patologie intestinali note: <input type="checkbox"/> Diverticoli <input type="checkbox"/> Celiachia <input type="checkbox"/> RCU <input type="checkbox"/> Morbo di Crohn	
Ha avuto negli ultimi mesi uno dei seguenti disturbi?	
<input type="checkbox"/> dolori addominali ricorrenti <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> stipsi <input type="checkbox"/> perdita di sangue nelle feci	
<input type="checkbox"/> perdita di peso sup. a 5 kg <input type="checkbox"/> feci scure (nere) <input type="checkbox"/> frequente stimolo all'evacuazione con piccole quantità di feci o senza emissione di feci (tenesmo)	
PATOLOGIE CRONICHE	
FAVISMO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Non sa <input type="checkbox"/> GLAUCOMA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
DIABETE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> IPERTENSIONE ARTERIOSA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> EPILESSIA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
BPCO/OSAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> OSSIGENOTERAPIA/CPAP <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Patologie cardiache <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Profilassi Endocardite <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Neoplasie in atto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Neoplasie pregresse? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI	
Altre patologie di rilievo	
Invalidità <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI Motivo	
Ha effettuato interventi chirurgici addominali?	
TERAPIA ANTICOAGULANTE	
1. ANTIAGGREGANTE mg ore	
2. NAO mg ore	
3. T.A.O mg ore	
Terapia sostitutiva	
Altra terapia in atto:	

- PESO CORPOREO
- ALLERGIE
- FAMILIARITA'
- SINTOMI
- PATOLOGIE
- TERAPIE IN ATTO

LASSATIVO prescritto:

Data ____/____/____ Operatore: Firma paziente

MODULO ANAMNESTICO PER COLONSCOPIA IN PERSONE FIT +



Nome.....		Cognome.....	
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita/..../.....	Tel.....	
Struttura di afferenza			
.....			
FIT + del/..../.....	Follow-up del/..../.....	Da CV + del/..../.....	
1. Ha effettuato in passato una colonscopia?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specificare Data ultima/..../.....		Motivo.....	
2. Follow-up?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specificare <input type="checkbox"/> tumore intestino (F-up chirurgico)		<input type="checkbox"/> polipi intestinali	
3. Presenza di Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino (MICI)?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
4. Condizioni croniche da considerare per le indicazioni della preparazione?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specificare <input type="checkbox"/> diabete		<input type="checkbox"/> fenilchetonuria	<input type="checkbox"/> favismo
5. È in terapia anticoagulante?		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specificare <input type="checkbox"/> Antiaggregante		Farmaco.....	mg.....
<input type="checkbox"/> NAO		Farmaco.....	mg.....
<input type="checkbox"/> TAO		Farmaco.....	mg.....
<input type="checkbox"/> Doppia antiaggregazione		Farmaco.....	mg.....
6. Altre situazioni da segnalare per narcosi (es: demenza, patologie psichiatriche, etc...)		<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
Se sì, specificare.....			
Lassativo per preparazione.....			
Se il paziente rifiuta di fare l'esame, specificare la motivazione.....			
.....			
Data/..../.....		Operatore.....	

Note
 1, 2: se la colonscopia è stata eseguita meno di 3 anni fa, richiedere la documentazione e verificare con l'endoscopista se necessario ripetere l'esame.
 3: se il paziente è seguito da un Centro specialistico rinviare al Centro, altrimenti prenotare la colonscopia segnalando il caso agli endoscopisti.
 4: raccomandare precauzioni per la gestione delle restrizioni dietetiche, rimandando possibilmente il paziente al curante. Per Fenilchetonuria e Favismo usare come preparazione il **Macrogol** e **non il Plenvu**.
 5: se il paziente è in **trattamento con Antiaggregante (ASA)**, non sospendere. Se in **trattamento con NAO**, inviare all'endoscopista per indicazioni su sospensione. Se in **trattamento con TAO e/o Doppia Antiaggregazione** inviare a specialista di riferimento. Se il paziente **non è seguito da uno specialista di riferimento**, sarà prenotato nell'agenda dedicata della cardiologia di riferimento identificata dal programma per questo tipo di consulenze.
 L'endoscopista fornirà le indicazioni per la ripresa della terapia.

- **PATOLOGIE PER NARCOSI**

- **RIFIUTO ESAME**

- **NOTE**

PESO CORPOREO

ALLERGIE

FAMILIARITA'

SINTOMI

PATOLOGIE

TERAPIE IN ATTO



PATOLOGIE PER NARCOSI

RIFIUTO ESAME

NOTE



... Unire per ottimizzare ...

Grazie

