

SCALA DI VALUTAZIONE DELLA NAUSEA E DEL VOMITO DA CHEMIOTERAPIA (CINV)

Riferite al medico o all'infermiere se soffrite di CINV
 Usate la scala qui sotto per misurare l'intensità dei disturbi

| | |
|--------------------------------|---|
| Giorno 1 Data: _____ | Cerchiate il numero che corrisponde all'intensità della nausea o del vomito 1 = corrisponde al minimo 10 = corrisponde al massimo |
| | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Giorno 2 Data: _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | |
| Giorno 3 Data: _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | |
| Giorno 4 Data: _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | |
| Giorno 5 Data: _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| | |

| | |
|--------------------------------|---|
| Giorno 1 Data: _____ | Avete vomitato oggi? Yes No In caso affermativo, quante volte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | _____ |
| Giorno 2 Data: _____ | Avete vomitato oggi? Yes No In caso affermativo, quante volte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | _____ |
| Giorno 3 Data: _____ | Avete vomitato oggi? Yes No In caso affermativo, quante volte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | _____ |
| Giorno 4 Data: _____ | Avete vomitato oggi? Yes No In caso affermativo, quante volte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | _____ |
| Giorno 5 Data: _____ | Avete vomitato oggi? Yes No In caso affermativo, quante volte? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | _____ |

Spuntate la casella relativa agli effetti collaterali della chemioterapia che avete manifestato:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mancanza di appetito | <input type="checkbox"/> Dolore |
| <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi | <input type="checkbox"/> Stitichezza |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | |