

Scala di valutazione della nausea e del vomito da chemioterapia (CINV)

Riferite al medico o all'infermiere se soffrite di CINV

Cerchiate il numero che corrisponde all'intensità della nausea
1 = corrisponde al minimo
10 = corrisponde al massimo

Spuntate la casella degli eventi che avete manifestato:

Giorno 1 Data _____ Avete avuto episodi di vomito oggi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quante volte? _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Mancanza di appetito <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Altro: _____
Giorno 2 Data _____ Avete avuto episodi di vomito oggi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quante volte? _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Mancanza di appetito <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Altro: _____
Giorno 3 Data _____ Avete avuto episodi di vomito oggi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quante volte? _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Mancanza di appetito <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Altro: _____
Giorno 4 Data _____ Avete avuto episodi di vomito oggi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quante volte? _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Mancanza di appetito <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Altro: _____
Giorno 5 Data _____ Avete avuto episodi di vomito oggi? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se sì, quante volte? _____	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> Mancanza di appetito <input type="checkbox"/> Stanchezza durante l'intera giornata <input type="checkbox"/> Parestesie ("formicolio") alle dita delle mani o dei piedi <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Stitichezza <input type="checkbox"/> Altro: _____