

CHECK-UP Cliente in terapia oncologica

DIAGNOSI ATTUALE: _____
 Data della diagnosi _____ Ospedale di riferimento _____
 Medico di riferimento _____
 Note _____

TERAPIA ONCOLOGICA ATTUALE

• **FARMACOLOGICA** data di inizio _____ Durata _____
 Data ultima somministrazione _____ Tipo di farmaci _____
 Effetti indesiderati generali _____
 Effetti indesiderati sulla cute _____
 Note _____

• **RADIOTERAPICA** data di inizio _____ Durata _____
 Data ultima seduta _____
 Effetti indesiderati generali _____
 Effetti indesiderati sulla cute _____
 Note _____

• **CHIRURGICA** _____
 Cicatrici Edemi Altro data _____
 Note _____

DIAGNOSI PREGRESSA: _____
 Data della diagnosi _____ Ospedale di riferimento _____
 Medico di riferimento _____
 Note _____

TERAPIA ONCOLOGICA PREGRESSA

• **FARMACOLOGICA** data di inizio _____ Durata _____
 Data ultima somministrazione _____ Tipo di farmaci _____
 Effetti indesiderati generali _____
 Effetti indesiderati sulla cute _____
 Note _____

• **RADIOTERAPICA** data di inizio _____ Durata _____
 Data ultima seduta _____
 Effetti indesiderati generali _____
 Effetti indesiderati sulla cute _____
 Note _____

• **CHIRURGICA** _____
 Cicatrici Edemi Altro data _____
 Note _____

SEGNI CLINICI ATTUALI : _____

SEQUELE CHIRURGICHE / POST OPERATORIE: _____

VALUTAZIONI ESTETICHE

TIPO DI PELLE

Disidratata Alipica Sensibile Lesioni acneiche Ipertrichosi
 Alterazioni in atto _____
 Lesioni cutanee viso _____
 Lesioni cute & unghie - mani _____
 Lesioni cute & unghie - piedi _____
 Lesioni cutanee corpo _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO { Detersione _____
 Mattino _____
 Sera _____
CORPO { Detersione _____
 Mattino _____
 Sera _____

Protezione **SOLARE** _____
 Trattamento autocura **MANI** _____
 Trattamento autocura **PIEDI** _____
 Trattamenti Viso: _____

 Trattamenti Corpo: _____

Protocollo: _____
 Sedute: _____
 Note _____

