

COMPILAZIONE SCHEDA CHECK-UP

Percorso di “Benessere, Make-up e Inestetismi
da Terapia”

D.ssa Ambra Redaelli





SCHEMA CHECK-UP

COGNOME _____

NOME _____

ETA' _____

VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

TEL. _____

E-MAIL _____ @ _____

Informativa DLGS 196/03 per il trattamento dei dati personali

Caro Signora / e, desideriamo informarla che la legge prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della Legge indicata, tale trattamento sarà impostato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1) Il trattamento dei Suoi dati

a) avrà finalità limitate e relative alla sola effettuazione di trattamenti estetici viso / corpo presso il nostro Centro

b) sarà effettuato su suggerimento estetico

c) i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiederà espressamente il consenso.

2) Il conferimento dei dati è facoltativo e la loro mancata comunicazione non ha alcuna conseguenza sulla esecuzione del contratto e sulla prosecuzione del nostro rapporto.

3) Il titolare del trattamento del Centro Estetico è _____ sito in _____

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti DLGS 196/03.

Consenso per il trattamento di dati sensibili:

EUa sottoscrittore sig. sig. _____

acquiesce le informazioni di cui DLGS 196/03), acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver letto, in particolare, conoscenza che i medicinali

contengono nel nostro dei dati ed. "sensibili", essendo idonei a rivelare lo stato di salute della persona.

Data e luogo _____

Attiva Windows

Passa alle impostazioni per attivare Windo





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 _____





SEGNALI CLINICI ATTUALI : _____

SEQUELE CHIRURGICHE / POST OPERATORIE: _____

VALUTAZIONI ESTETICHE

TIPO DI PELLE
 Disidratata Alipica Sensibile Lesioni acnemiche Ipertrichiosi
 Alterazioni in atto _____
 Lesioni cutanee viso _____
 Lesioni cute & unghie - mani _____
 Lesioni cute & unghie - piedi _____
 Lesioni cutanee corpo _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO { Deterzione _____
 { Mattino _____
 { Sera _____
CORPO { Deterzione _____
 { Mattino _____
 { Sera _____
 Protezione SOLARE _____
 Trattamento autocura MANI _____
 Trattamento autocura PIEDI _____
 Trattamenti VISO: _____

 Trattamenti Corpo: _____

 Protocollo: _____
 Solite : _____
 Note _____

Attiva Windows
 Passa alle impostazioni per attivare Windows





Misurazione post chirurgia oncologica

Deficit/sequela
 Scapola alata: _____ presente () _____ assente ()
 Axillary web syndrome: _____ presente () _____ assente ()
 Deficit agli arti inferiori: _____ presenti () _____ assenti ()
 Difficoltà a muovere gli arti superiori NO () SI () SE sì che tipo di difficoltà? _____
 Difficoltà a muovere gli arti inferiori NO () SI () SE sì che tipo di difficoltà? _____
 Deficit muscolare/articolare: presenti () assenti ()
 se presenti, dove: _____
 Deficit di sensibilità: presente () assente ()
 se presente, quale zona è interessata: _____

ALTRE SEQUELE:

Edema

Localizzazione:

Fovea: _____ presente () _____ assente ()

Test del declive: _____ riduzione () _____ invariato ()

Segno di Stemmer (solo arti inf.): _____ presente () _____ assente ()

Linfedema:

Localizzazione:

Punto di repere anatomico:

Misurazione centimetrica dal punto di repere: _____ ogni _____ cm

n.	Dx	Sx
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Braccio dominante:

Misurazione mano a 8 _____ Dx _____ Sx



CASO 1

- DIAGNOSI: Ca mammella
- DATA DIAGNOSI: 15-07-2020

- TERAPIA FARMACOLOGICA: FEC
(5 Fluorouracile, Epirubicina, Ciclofosfamide)
- Data inizio terapia: 03-08-2020
- Durata: 6 cicli ogni 21 gg
- Ultima somministrazione 16-11-2020

- EFFETTI INDESIDERATI GENERALI: nausea, alopecia, diarrea, stomatiti
- EFFETTI INDESIDERATI CUTE : eritema e pustole (rash)



CASO 1

CHIRURGIA: quadrantectomia il 18-12-2020

RADIOTERAPIA: verrà programmata per fine gennaio
inizio febbraio 2021

DIAGNOSI PREGRESSA: nessuna malattia oncologica

OBIETTIVO ESTETICA ONCOLOGICA: migliorare il
problema papule e pustole sul viso (**Rash**), la **xerosi** sul
corpo, **preparare la pelle all'intervento chirurgico.**



CASO 1

TIPO DI PELLE: disidratata e sensibile

ALTERAZIONI IN ATTO: papule e pustole sul viso e xerosi corpo

PRESCRIZIONE APEO: protocollo 2A

Trattamento viso lenitivo, calmante con prodotti e maschere lenitive a base di oli e burri.

Trattamenti corpo con oli eudermici e creme barriera lenitive

Detersione per affinità

Creme barriera lenitive e nutrienti

Protezione solare SPF 50+



CASO 2

DIAGNOSI: Ca Mammella dx nel 2015 ,
dal 2020 Linfoma Non Hodgkin B + metastasi ossee.

TERAPIA FARMACOLOGICA

dal 2015 (Letrozolo, Exemestane, Fulvestrant, Rituximab)
oggi novembre 2020 in cura con Capecitabina.

EFFETTI INDESIDERATI CUTANEI; lesioni ungueali (onicolisi,
melanonichia, ematomi), neuropatia periferica, xerosi.

OBIETTIVO ESTETISTA APEO: **permettere il proseguimento
delle terapie, controllando le lesioni ungueali**



CASO 2



CASO 2

TIPO DI PELLE: disidratata e sensibile

ALTERAZIONI IN ATTO: lesioni ungueali (onicolisi, melanonichia, ematomi), neuropatia periferica, xerosi.

PRESCRIZIONE APEO: protocollo 2C

Pedicure APEO

Detersione per affinità

Crema anti desquamante con urea 5% e attivi cheratoplastici alternare a creme lenitive barriera, aggiungere miscela oleosa emolliente in caso di secchezza estrema (consigliata Linea Ontherapy certificata su persona in terapia oncologica)



CASO 3

DIAGNOSI: Ca Polmonare NSCLC (non a piccole cellule),
DATA DIAGNOSI: 15 gennaio 2020

TERAPIA FARMACOLOGICA

Gefitinib come adiuvante dal maggio 2020

EFFETTI INDESIDERATI CUTANEI: rash, prurito, xerosi.

EFFETTI INDESIDERATI GENERALI: astenia

OBIETTIVO ESTETISTA APEO: **alleviare il prurito, nutrire e idratare la pelle, controllare il rash**



CASO 3

TIPO DI PELLE: normale sul corpo, sul viso tendenzialmente seborroica

ALTERAZIONI IN ATTO: papule e pustole sul viso e xerosi corpo

PRESCRIZIONE APEO: protocollo 2A

Trattamento viso lenitivo, calmante con prodotti e maschere lenitive a base di oli e burri.

Trattamenti corpo con oli eudermici e creme barriera lenitive

Detersione per affinità

Creme barriera lenitive e nutrienti

Protezione solare SPF 50+



CASO 4

- **DIAGNOSI:** Ca mammario metastatico
- **DATA DIAGNOSI:** metastasi polmonari e fegato 15-05-2020
- **TERAPIA FARMACOLOGICA :** Capecitabina e Lapatinib
- **Data inizio terapia:** 01-06-2020
- **EFFETTI INDESIDERATI GENERALI:** nessuno
- **EFFETTI INDESIDERATI CUTI :** sindrome mano piede, cute rossa desquamante e disidratata con ragadi, formicolii



CASO 4

CHIRURGIA: nessuna. (è metastatico)

RADIOTERAPIA: nessuna (è metastatico)

DIAGNOSI PREGRESSA: 2015 ca mammella dx , con mastectomia dx, radioterapia, farmacologia: carboplatino e trastuzumab

OBIETTIVO ESTETICA ONCOLOGICA: migliorare e controllare la sindrome mano piede, idratare nutrire la pelle di mani e piedi e corpo, controllare le ragadi facilitandone il ripristino cutaneo



CASO 4

TIPO DI PELLE : normale

ALTERAZIONI IN ATTO: sindrome mano piede, cute rossa desquamante e disidratata con ragadi, formicolii

PRESCRIZIONE APEO: protocollo 2C

Pedicure APEO e Impacchi idratanti e nutrienti mirati a fortificare la barriera, 2 volte al giorno

Detersione per affinità



CASO 5

- DIAGNOSI: Ca colon retto metastatico
- DATA DIAGNOSI: metastasi fegato e linfonodi addominali 15-03-2020
- TERAPIA FARMACOLOGICA : Folfox (acido folinico, fluoruracile, oxaliplatino)
- Data inizio terapia: 14-12-2020 (la pz è venuta una settimana prima d'iniziare la terapia)
- EFFETTI INDESIDERATI GENERALI: nessuno
- EFFETTI INDESIDERATI CUTI : **previsti**: sindrome mano piede, perionissi, cute rossa desquamante e disidratata con ragadi, formicolii.



CASO 5

CHIRURGIA: nessuna. (è metastatico)

RADIOTERAPIA: nessuna (è metastatico)

DIAGNOSI PREGRESSA: 2017 ca colon retto , con asportazione tratto colon e stomia (ano artificiale sull'addome), tenuta fino al gennaio 2020. terapia farmacologica: oxaliplatino, poi FOLFOX

OBIETTIVO ESTETICA ONCOLOGICA: **permettere le terapie quindi: migliorare e controllare la sindrome mano piede, idratare nutrire la pelle di mani e piedi e corpo, controllare le ragadi facilitandone il ripristino cutaneo**



CASO 5

TIPO DI PELLE: normale

ALTERAZIONI IN ATTO: nessuna

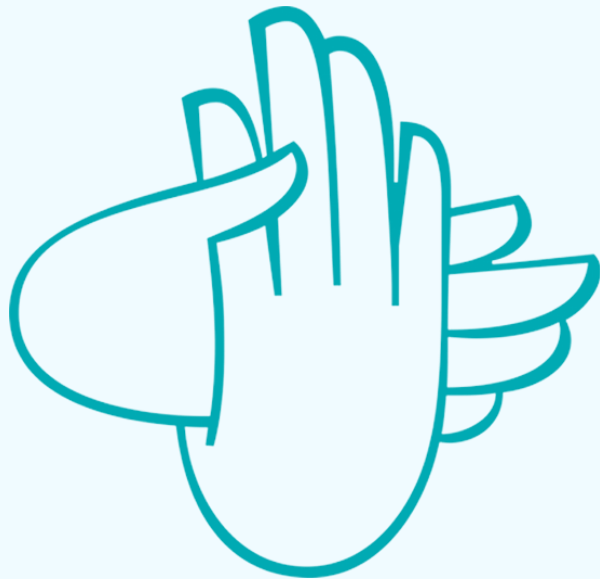
PRESCRIZIONE APEO:

Pedicure APEO e Impacchi idratanti e nutrienti mirati a preparare e fortificare la barriera, 2 volte al giorno

Detersione per affinità.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!



APEO

**ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA**

