

AGGIORNAMENTO PROTOCOLLO APEO MANI E PIEDI



A cura di

Specialista in estetica oncologica presso Spazio Benessere IEO,
Indino Mirella

TRATTAMENTO APEO MANI E PIEDI



PRIMO INCONTRO E COMPIAZIONE SCHEDA CHECK-UP

VALUTAZIONE VISIVA PIEDI (foto primo incontro)

VALUTAZIONE VISIVA PIEDI SETTIMANALE(foto)

VIDEO TRATTAMENTO PIEDI

ALTRO CASO PIEDI (foto prima e dopo)

VALUTAZIONE VISIVA MANI (foto primo e ultimo incontro)

VIDEO TRATTAMENTO MANI

ALTRO CASO MANI (foto prima e dopo)

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 reperi anatomico: _____
 Misurazione centimetrica dal punto di reperi: _____ ogni _____ cm

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

Area corporea da misurare:

Misurazione mano a 8

Dx

Sx

DATA PRODOTTI DATA TRATTAMENTI VISO E CORPO

| | | | |
|--------|-----------------------|---------|-------------------|
| 7.2.20 | Det+Antideq OnTherapy | 7.2.20 | Mn e Pd impacco |
| | | 14.2.20 | Controllo+impacco |
| | | 21.2.20 | Controllo+impacco |
| 7.3.20 | Det+Antidesq+Olio | 7.3.20 | Mn e Pd impacco |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

NOTE _____

SCHEDA CHECK-UP

COGNOME
 NOME
 ETA' **Rossi**
 VIA **Maria**
 CAP **CT 65**
 TEL. _____
 E-MAIL _____@_____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR 2016/679 RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- Gentile Signora,
 Certifichiamo in forma che la legge prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.
 Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, il trattamento sarà effettuato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, in ottemperanza al GDPR e alla normativa applicabile. La presente informativa è soggetta all'informatico di:
 1) Il titolare del trattamento dei dati è _____ sito in _____ tel _____ email _____
 2) I dati di cui sono i destinatari saranno quelli necessari per l'attività di trattamento dei dati e per il controllo e la gestione del rapporto.
 3) Il titolare dei dati si riserva ulteriori e lo comunicerà a terzi se così consentirà e in tutti i casi il titolare è tenuto a informare e a prendere il consenso.
 4) I dati raccolti verranno conservati e trattati limitatamente alle finalità del rapporto di prestazione professionale e comunque non oltre i termini della certezza dello stesso.
 5) Per il rispetto al titolare del trattamento per l'esercizio i suoi diritti così come previsti dal GDPR 2016/679, (Accesso, rettifica, cancellazione, portabilità, ecc.)
 6) Il conferimento dei dati è facoltativo e la loro mancanza non comporta alcun pregiudizio nei confronti del contratto e non è a praticare o no del rapporto.

In forza del GDPR 2016/679 Lei ha sempre diritto di proporre reclamo per qualsiasi violazione al Garante per la protezione dei dati personali.

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/la sottoscritta _____

data e luogo _____

firma leggibile _____

CHECK-UP Cliente in terapia oncologica

DIAGNOSI ATTUALE: _____

Data della diagnosi: _____ Ospedale di riferimento: _____

Note: **Carcinoma ovarico**

2019 IEO

TERAPIA ONCOLOGICA ATTUALE

• FARMACOLOGICA _____

Medico di riferimento: _____

Taxolo settimanale per 6 mesi

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco: _____

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco: _____

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco: _____

Effetti indesiderati sulla cura: _____

Note: _____

• RADIOTERAPICA Data (dal _____ al _____)

Medico di riferimento: _____

Note: _____

• CHIRURGICA _____ **2019**

Clearcut T.demi Altro data _____

Medico di riferimento: **Isterectomia**

Note: _____

SEGNALI CLINICI ATTUALI: _____

De farmacologia: _____

De radioterapia: _____

De chirurgia: **Onicolisi**

unghie mani

Note: **e piedi**

• STORIA CLINICA ONCOLOGICA PREGRESSA _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO { Deterzione _____
Crema _____

CORPO { Deterzione _____
Crema _____

Protezione SOLARE: _____

Trattamento autocura MANI: _____

Trattamento autocura PIEDI: _____

Trattamenti Viso: **Detergente+ antidesquamante**

Trattamenti Corpo: _____

Protocollo: _____

Sedute: _____

Note: _____

1° INCONTRO PIEDI

Taxolo
Somministrazione 20 di 24



Alluce sx:
Granuloma in fase guarigione



2° INCONTRO PIEDI



Dopo 1 settimana
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare

Alluce sx
Post granuloma



3° INCONTRO PIEDI

Dopo 2 settimane
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare



Alluce sx:
inizio ipercheratosi

4° INCONTRO PIEDI

Dopo 4 mesi
dalla fine delle terapie
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare



Alluce sx:
ipercheratosi
post granuloma

1° INCONTRO PIEDI

Taxolo
Somministrazione
20 di 24



Alluce dx : Onicolisi

2° INCONTRO PIEDI

Dopo 1 settimane
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare



Alluce dx:
onicolisi



3° INCONTRO PIEDI



Dopo 2 settimane
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare



Alluce dx:
Evoluzione onicolisi

4° INCONTRO PIEDI

Dopo 4 mesi
Trattamento in istituto +
Trattamento domiciliare



Alluce dx:
ipercheratosi

VIDEO TRATTAMENTO PIEDI

Vedi video trattamento piedi APEO



PRIMA E DOPO



ALLUCE SINISTRO

PRIMA E DOPO



ALLUCE DESTRO

ALTRO CASO ESTETISTA O MEDICO ?



Paclitaxel
Fine terapie



Alluce dx: onicolisi

ESTETISTA

Secondo e Terzo e Quinto
dito: granulomi

MEDICO

RISULTATO ESTETISTA



Dopo 1 anno dalla fine
delle terapie con
Paclitaxel



Alluce dx:
Granulomi e onicolisi
Trattamento in istituto ogni 15
giorni
Trattamento domiciliare

ALTRO CASO ESTETISTA O MEDICO?

Paclitaxel
Fine terapia



Alluce sx:
unghia sollevata dal letto ungueale
fuoriuscita di siero
e
dolore
MEDICO

ALTRO CASO RISULTATO ESTETISTA E MEDICO



Dopo 1 anno dalla fine
della terapia Paclitaxel



Alluce sx: Granulomi e onicolisi
Trattamento in istituto ogni 15 giorni
Trattamento domiciliare

1° INCONTRO MANI

Taxolo
Somministrazione n' 20 di 24



Mano sx:
Onicolisi ungueale

Indice:
inizio granuloma

4° INCONTRO MANI



Dopo 6 mesi
dalla fine del Taxolo
Trattamento istituto+
Trattamento domiciliare



Mano sx:
Onicolisi e granulomi
superati

1° INCONTRO MANI



Taxolo
Somministrazione 20 di 24



Mano dx:
Onicolisi ungueale

Indice e medio:
Inizio granuloma

4° INCONTRO MANI



Dopo 6 mesi
Dalla fine del Taxolo
Trattamento Istituto +
Trattamento domiciliare



Mano dx:
Onicolisi e granulomi
superati

1° INCONTRO MANI



Taxolo
seduta 20 di 24

4° INCONTRO MANI



Dopo 6 mesi
Dalla fine del Taxolo
Trattamento istituto+
Trattamento domiciliare



Pollici tossicità risolta

VIDEO TRATTAMENTO MANI

Vedi video trattamento mani APEO



APEO
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA

Tutti i diritti riservati - ogni riproduzione vietata

ALTRO CASO

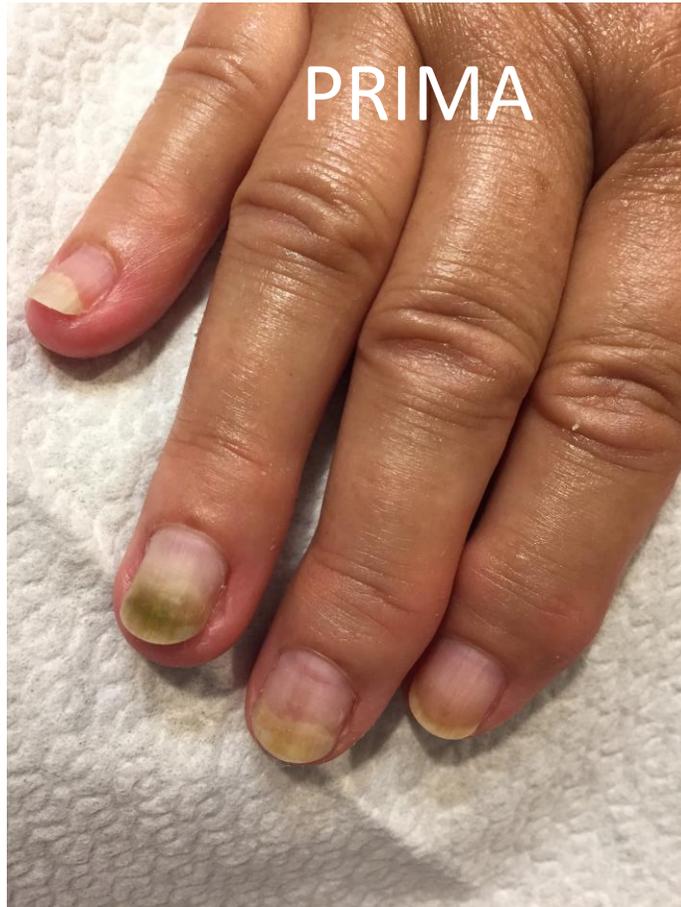
TERAPIA DOCETAXEL MANO SINISTRA



Trattamento apeo
Trattamento domiciliare

ALTRO CASO

TERAPIA DOCETAXEL MANO DESTRA



Trattamento Apeo
Trattamento domiciliare