

# Rilevazione delle complicanze dei trattamenti per le neoplasie intraepiteliali nello screening regionale piemontese

Dipartimento di screening n° \_\_\_\_\_  
Numero progressivo intervento \_\_\_\_\_  
Paziente (iniziali) \_\_\_\_\_  
Parità \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_  
Data intervento \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_  
U.M \_\_\_\_\_

Dati anamnestici:

Discoagulopatia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Disordini immunitari	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Patologie neurologiche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Allergopatie	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Altre patologie	_____	

Diabete	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cardiopatia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ipertensione	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Epatite B-C	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

#### Diagnosi pre-intervento

Esito citologico pre-intervento \_\_\_\_\_

#### Istologia pre-intervento:

Sede: eso/endo/vag /altro (indicare tutte le sedi coinvolte se multiple) \_\_\_\_\_

Esito: (indicare il grado istologico più elevato) \_\_\_\_\_

#### Tipologia di intervento eseguito

- ☐ Escissione con radiofrequenza  
☐ Laservaporizzazione  
☐ Laservaporizzazione previa biopsia incisionale  
☐ Laser cilindro - cono  
☐ Altro \_\_\_\_\_

#### Premedicazione con Atropina

Si ☐ No ☐

Eventuali complicanze: \_\_\_\_\_

#### Anestesia

Si ☐ No ☐

Se si:

- |                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Locale   | eventuali complicanze _____ |
| <input type="checkbox"/> Generale | eventuali complicanze _____ |
| <input type="checkbox"/> Spinale  | eventuali complicanze _____ |

#### Profilassi Antibiotica

Si ☐ No ☐

Eventuali complicanze: \_\_\_\_\_

#### Complicanze emorragiche intraoperatorie (con necessità di applicazione di tecniche emostatiche differenti dall'emostasi coagulativa normalmente condotta)

- ☐ Punti di sutura in sede ambulatoriale  
☐ Tamponamento ambulatoriale  
☐ Trasferimento in sala operatoria  
☐ Coagulazione/sutura in anestesia  
☐ Ricovero per monitoraggio delle condizioni ematologiche o generali

#### Altre complicanze:

Sindrome vagale Si ☐ No ☐

Altro \_\_\_\_\_

Data compilazione \_\_\_\_\_ Cognome e nome Ginecologo/Patologo inviante \_\_\_\_\_

# I CONTROLLO

Dipartimento di screening n° \_\_\_\_\_  
Numero progressivo intervento \_\_\_\_\_  
Paziente (iniziali) \_\_\_\_\_  
Data del primo controllo di follow-up \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_  
Data intervento \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_

## Rilevazione anamnestica di complicanze nel post-operatorio

- ☐ Accesso della paziente a strutture sanitarie per sanguinamento con necessità di ricovero o tecniche emostatiche aggiuntive in regime ambulatoriale  
☐ Infezioni genito-pelviche necessitanti terapia antibiotica in regime di ricovero o ambulatoriale  
☐ Altro \_\_\_\_\_

## Dettaglio istologico

- ☐ Pezzo Singolo  
Dimensioni del pezzo \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
☐ Doppio cilindro in senso prossimale  
Diametri di base \_\_\_\_\_ Altezza totale \_\_\_\_\_ Peso totale \_\_\_\_\_  
☐ Frammenti Multipli Numero frammenti \_\_\_\_\_ Peso totale \_\_\_\_\_

## Estensione della lesione displastica eso-endocervicale

Margine esocervicale indenne	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non valutabile <input type="checkbox"/> Non indicato <input type="checkbox"/>
Margine endocervicale indenne	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non valutabile <input type="checkbox"/> Non indicato <input type="checkbox"/>
Margine profondo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Non valutabile <input type="checkbox"/> Non indicato <input type="checkbox"/>

**Esito:** (indicare il grado istologico più elevato) \_\_\_\_\_

## Rilevazione di complicanze a distanza:

- ☐ Stenosi Cervicale: impossibilità di esplorazione/sondaggio dell'endocervice con le usuali tecniche di prelievo (cytobrush/curettage)  
☐ Dismenorrea indicare data di inizio \_\_\_\_\_  
☐ Ematometra indicare data di diagnosi \_\_\_\_\_  
☐ Piometra indicare data di diagnosi \_\_\_\_\_  
☐ Altro \_\_\_\_\_

## Insorgenza di gravidanze nel periodo di osservazione

Si ☐ No ☐

## Esiti in sede di primo controllo

Esito citologico \_\_\_\_\_

### Istologia:

Sede: eso/endo/vag /altro (indicare tutte le sedi coinvolte se multiple) \_\_\_\_\_

Esito: (indicare il grado istologico più elevato) \_\_\_\_\_

## Diagnosi colposcopica

0 Colposcopia normale con giunzione visibile 1 G 1 2 G 2 3 Vasi atipici  
4 Sospetto Ca invasivo x Colposcopia insoddisfacente

Data compilazione \_\_\_\_\_ Cognome e nome Ginecologo/Patologo inviante \_\_\_\_\_

# CONTROLLI SUCCESSIVI

Dipartimento di screening n° \_\_\_\_\_  
Numero progressivo intervento \_\_\_\_\_  
Paziente (iniziali) \_\_\_\_\_  
**Data del controllo di follow-up** \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_  
Data intervento \_\_\_\_\_  
Data nascita \_\_\_\_\_

## Rilevazione di complicanze a distanza

- ☐ Stenosi Cervicale: impossibilità di esplorazione/sondaggio dell'endocervice con le usuali tecniche di prelievo (cytobrush/curettage)  
☐ Dismenorrea indicare data di inizio \_\_\_\_\_  
☐ Ematometra indicare data di diagnosi \_\_\_\_\_  
☐ Piometra indicare data di diagnosi \_\_\_\_\_  
☐ Altro \_\_\_\_\_

**Insorgenza di gravidanze nel periodo di osservazione**

Sì ☐

No ☐

## Esiti in sede di controlli successivi

**Esito citologico** \_\_\_\_\_

### Istologia:

Sede: eso/endo/vag /altro (indicare tutte le sedi coinvolte se multiple) \_\_\_\_\_

Esito: (indicare il grado istologico più elevato) \_\_\_\_\_

### Diagnosi colposcopica

0 Colposcopia normale con giunzione visibile    1 G 1    2 G 2    3 Vasi atipici  
4 Sospetto Ca invasivo    x Colposcopia insoddisfacente

**Data compilazione** \_\_\_\_\_ **Cognome e nome Ginecologo/Patologo inviante** \_\_\_\_\_

# Outcome del lavoro sulle complicanze

- 1) Proporzione di complicanze immediate e distanza degli interventi conservativi con ch. “Mini-invasiva”
- 2) Proporzione di citologie negative a 6 mesi dall'intervento e di istologici negativi al f.u.
- 3) Rapporto con il volume del pezzo

.....

Ma anche:

- A) Prospettive di integrazione nei flussi correnti dello screening (es. analogamente a quanto accade per SQTM).
- B) Evoluzione dipartimentale e gruppi interdisciplinari di secondo livello
- C) Stimolo per le attività di Peer Review e controllo di qualità.

Archivio\_Interventi2

Dipartimento: 01 - Torino

Sede: 01000300 OSPEDALE MARIA VITTORIA

Progr Interv: 1

Data Intervento:

Iniziali Paziente: 2

Data Nascita:

Paz. #A: 0000

U. M.

**Dati anamnestici**

Discoartrite: No

Diabete: No

Discordini immunitari: No

Cardiopatie: No

Patologie Neurologiche: No

Iperterensione: No

Allergopatie: No

Epatite D. C.: No

Altre Patologie:

**Diagnosi pre\_intervento**

Esito Citologico Preintervento:

☐ Endocervice

☐ Esocervice

☐ Vagina

☐ Altra Sede

Esito Istologico Preintervento:

Descrizione Esito "Altro":

Scheda Personale

Pagina 1

Record: 14

	Registrati ad hoc	Registrazione screening (al 2.7.2008)
Torino	79	68
Moncalieri	17	15
Rivoli	0	12
Ivrea	23	25
Vercelli	9	15
Novara	7	27
Cuneo	20	25
Asti	30	20
Alessandria	1	18
<b>Totale</b>	<b>186</b>	<b>225</b>