



Società Italiana di Farmacia
Ospedaliera e dei Servizi
Farmaceutici delle Aziende
Sanitarie

MODULO
POS 01/MN

MOD
01/MN

Revisione: 1.0

SCHEDA SEGNALAZIONE STRAVASO DI RADIOFARMACI

Data di decorrenza: gg/mm/aaaa

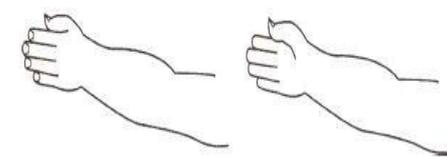
Pagina 1 di 3

DATA		ORA		N. PROGRESSIVO STRAVASO	
------	--	-----	--	-------------------------	--

PAZIENTE	NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	TELEFONO

Tabella Livello di Radioattività/Radiotossicità dei principali radionuclidi	RADIONUCLIDE	TIPO DI RADIAZIONE EMESSA	LIVELLO RADIOTOSSICITA'	UTILIZZO	TIPO DI STRAVASO
	Tecnezio-99m	γ	Debole	Diagnostico	Irritante
	Iodio-123	γ	Debole	Diagnostico	Irritante
	Indio-111	γ	Moderato	Diagnostico	Irritante
	Fluoro-18	$\beta+$	Moderato	Diagnostico	Irritante
	Gallio-68	$\beta+$	Forte	Diagnostico	Irritante
	Iodio-131	$\beta- / \gamma$	Moderato	Diagnostico/Terapeutico	Vescicante
	Renio-186	$\beta- / \gamma$	Moderato	Terapeutico	Vescicante
	Samario-153	$\beta- / \gamma$	Moderato	Terapeutico	Vescicante
	Yttrio-90	$\beta-$	Forte	Terapeutico	Vescicante
	Radio-223	α	Forte	Terapeutico	Vescicante
	Lutezio-177	$\beta- / \gamma$	Moderato	Terapeutico	Vescicante

DESCRIZIONE RADIOFARMACO	TIPO	DATI	TIPO RADIAZIONE EMESSA	TIPO DI AGENTE	RADIOTOSSICITA'
	<input type="checkbox"/> RF diagnostico <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> RF diagnostico PET <input type="checkbox"/> RF terapeutico	Nome del radiofarmaco: _____ Lotto di produzione: _____ Attività allestita: _____ MBq Volume: _____ mL Ora: _____	<input type="checkbox"/> γ <input type="checkbox"/> $\beta+$ <input type="checkbox"/> $\beta-$ <input type="checkbox"/> $\beta- / \gamma$ <input type="checkbox"/> α	<input type="checkbox"/> RF Vescicante <input type="checkbox"/> RF irritante	<input type="checkbox"/> debole <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> forte

DESCRIZIONE STRAVASO	AREA DI STRAVASO	DISPOSITIVO MEDICO	SITO DI SOMMINISTRAZIONE
	stima del volume stravasato: _____ mL stima dell'attività stravasata: _____ MBq Delineazione dello stravasato: lunghezza _____ cm larghezza _____ cm	<input type="checkbox"/> ago cannula <input type="checkbox"/> ago a farfalla <input type="checkbox"/> Altro: _____ Tipo e grandezza dell'ago: _____ G Tipo di somministrazione: <input type="checkbox"/> Infusione: (<input type="checkbox"/> a pompa <input type="checkbox"/> a caduta) <input type="checkbox"/> Bolo	<input type="checkbox"/> Fossa antecubitale <input type="checkbox"/> Polso <input type="checkbox"/> Dorso della mano <input type="checkbox"/> Avambraccio <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Braccio sinistro <input type="checkbox"/> Braccio destro 

 SIFO Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie	MODULO POS 01/MN	MOD 01/MN	Revisione: 1.0
	SCHEDA SEGNALAZIONE STRAVASO DI RADIOFARMACI	Data di decorrenza: gg/mm/aaaa	
		<i>Pagina 2 di 3</i>	

Quale dei seguenti segni e sintomi ha presentato il paziente:

- Rallentamento o interruzione del flusso venoso
 Aumento della resistenza durante l'infusione
 Linfoedema nel sito di infusione
 Bruciore e/o dolore pungente
 Rossore lungo la vena di infusione

Stravasato riconosciuto:

- Durante la somministrazione
 Immediatamente dopo la somministrazione
 Dopo la somministrazione ore _____ giorni _____

È stato possibile aspirare del farmaco dal sito di stravaso? Sì No

Dettagli utili e fattori di rischio che possono influenzare la guarigione delle ferite (Es: diabete mellito)

GRADO DI SEVERITÀ DELLO STRAVASO SECONDO IL CTCAE	
GRADO 1	EDEMA INDOLORE
GRADO 2	ERITEMA CON SINTOMI ASSOCIATI: EDEMA, DOLORE, INDURIMENTO DELLA ZONA, FLEBITE
GRADO 3	ULCERA O NECROSI; GRAVE DANNO TISSUTALE; INTERVENTO CHIRURGICO CONSIGLIATO
GRADO 4	CONSEGUENZE POTENZIALMENTE FATALI; INDICATO INTERVENTO URGENTE
GRADO 5	MORTE

 SIFO Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie	MODULO POS 01/MN	MOD 01/MN	Revisione: 1.0
	SCHEDA SEGNALAZIONE STRAVASO DI RADIOFARMACI	Data di decorrenza: gg/mm/aaaa	
		<i>Pagina 3 di 3</i>	

PRATICA CLINICA ADOTTATA	<input type="checkbox"/> PRATICA CLINICA GENERALE – Vedi “MOD 04/MN” <input type="checkbox"/> PRATICA CLINICA SPECIFICA RF AD USO DIAGNOSTICO – Vedi “MOD 05/MN” <input type="checkbox"/> PRATICA CLINICA SPECIFICA RF AD USO TERAPEUTICO – Vedi “MOD 06/MN”
-------------------------------------	---

Consegnati al paziente: Informativa sullo Stravaso di Radiofarmaci “MOD 03/MN”

Data programmazione follow-up Stravaso

Il Medico Nucleare _____

Data: _____