

Follow Up endoscopico Lesioni ColoRettall Screen detected - (FULCRIS)

a sfondo giallo indica un nuovo file

Popolazione in studio.

coorte di persone con almeno un FOBT/rettosigmoidoscopia positiva eseguita entro il 31 dic 2006 e che hanno accettato la 1° proposta di approfondimento (colonscopia, clisma opaco, colonscopia virtuale) in screening

Informazioni relative agli esami eseguiti al di fuori del percorso di screening

1) Siete in grado di fornire una stima della percentuale di positivi al test che eseguono gli approfondimenti endoscopici al di fuori del percorso di screening?
 esempio: l'adesione al II livello e successivo percorso in SCR è circa 70%; si stima che un altro 15% esegua gli approfondimenti fuori screening in strutture pubbliche: rispondere Sì in strutture pubbliche 15% in strutture pubbliche SI , % (stima / dato esatto)/ NO
 in strutture private SI , % (stima / dato esatto)/ NO
 senza distinzione tipo strutture SI , % (stima / dato esatto)/ NO

1) Siete in grado di raccogliere le informazioni relative a esami endoscopici eseguiti fuori dal percorso di screening, per la coorte in studio?

Se sì, indicate che % ritenete sia rispetto al totale che non aderisce al percorso in screening

in strutture pubbliche SI , % (stima / dato esatto)/ NO
 in strutture private SI , % (stima / dato esatto)/ NO
 senza distinzione tipo strutture SI , % (stima / dato esatto)/ NO

ANAGRAFICA

nome campo	formato	codifica	descrizione/note
Regione	testo 2	codici 01-22	
USL	testo 20	descrizione	
Centro Screening	testo 10		il codice Centro Screening sarà assegnato dallo studio FULCRIS
ID personale	testo 30	identificativo univoco, progressivo per centro	potrà essere utilizzato quello già in uso nel centro screening
sexo	testo 1	F/M	
data nascita	testo 8 (ggmmaaaa)		è l'unico dato anagrafico in chiaro (oltre al sesso)
tipo screening	testo 1	1= FOBT immunochimico 2= rettoidoscopia	si intende il test di 1° livello
data entrata	testo 8 (ggmmaaaa)		corrisponde alla data del primo test positivo

eventuale interruzione del percorso di 2° livello e oltre di SCR	testo 1	1= dato non rilevabile 2= nessuna interruzione nota 3= percorso interrotto ma data non rilevabile 4= percorso interrotto data rilevabile solo in alcuni casi	
data interruzione del percorso di 2° livello e oltre di SCR	testo 8 (ggmmaaaa)		qualora la persona sia entrata e uscita più volte considerare soltanto l'ultimo evento
motivo interruzione SCR	testo 2	01= limiti di età 02= emigrazione 03= decesso 04= patologia coloretale 05= rifiuto scritto 06= seguito altrove per scelta pz. 07=non consigliati ulteriori esami endoscopici / rientro a FOBT 08= altro (es. IBD, RCU, FAP, altre patologie) 09= non noto	si tratta di motivi ufficiali, non di semplici non adesioni al percorso data compimento dell'età per la quale il protocollo relativo agli approfondimenti prevede l'uscita dallo screening data in cui si viene a conoscenza dell'avvenuta uscita dalla popolazione di screening, in relazione al protocollo in uso data in cui si viene a conoscenza dell'avvenuto decesso data di incidenza o in cui si viene a conoscenza della patologia coloretale (Cancro, adenoma cancerizzato, adenoma avanzato in relazione al protocollo adottato nel programma) data in cui la persona rifiuta l'ultima proposta di approfondimento, senza informare se proseguirà il percorso altrove data in cui la persona dichiara di essere seguita al di fuori dello screening (rifiuto del percorso di screening). Comprende anche i casi in cui il Centro SCR non si faccia carico dei FU delle colonscopie eseguite fuori dal proprio percorso data in cui il programma non consiglia ulteriori esami endoscopici (incluso rientro a FOBT). data in cui il programma consiglia l'uscita dal percorso di screening per patologie non oncologiche

COLONSCOPIA E LESIONI compilare per ogni CT proposta (anche se non eseguita o eseguita fuori screening)

Qualora il pz, già aderente alla 1° proposta di 2° livello, decidesse di non proseguire negli approfondimenti (sia in screening che fuori) compilare un record per la proposta rifiutata

nome campo	formato	descrizione	note
ID personale	testo 10	identificativo univoco, progressivo per centro	
data TEST positivo	testo 8 (ggmmaaaa)		è il test da cui deriva il consiglio di questa colonscopia, anche se di follow up
ID colonscopia	testo 5	identificativo univoco della procedura, progressivo di centro	
indicazione della CT	testo 2	01= FOBT positivo 02= RS positiva 03= ripetizione esame 04= procedura terapeutica 05= controllo CT successiva 06= CT dopo clean colon 07= invio dopo altri esami (es. CT virtuale, clisma opaco, radioterapia...) 08= controllo anticipato per indicazione clinica 09=non noto	registrare comunque l'indicazione, anche se non vi è adesione e anche qualora l'esame sia eseguito fuori screening (NB: per esami successivi alla 1° proposta che deve essere di screening). es. per scarsa pulizia o esame non completo es. per rimozione grosso polipo es. early recall per verifica eradicazione completa es. colonscopia di follow up es. accesso dopo clisma opaco positivo es. CT richiesta da MMG; utilizzare anche se SCR non aveva proposto FU endoscopico
Esecuzione CT	testo 1	1= rifiutata 2= sì, in screening 3=sì, fuori screening	per definizione della coorte è sempre 2 nel caso di esame con indicazione della colonscopia=01 FOBT e 02 RS il centro è a conoscenza di almeno la data esecuzione non si conosce se il pz ha effettuato una CT altrove
data esame	testo 8 (ggmmaaaa)		per definizione della coorte è sempre presente nella prima colonscopia di approfondimento
completezza (ragg cieco)	testo 1	1= sì	

		2= no 9= non noto	
pulizia	testo 1	1=ottimale/ buona 2=sub ottimale/ sufficiente 3=inadeguata / scadente 9= non noto	mucosa visualizzabile al 100% mucosa visualizzabile al 75% ma con feci aspirabili presenza di feci solide, visione impossibile tale da non consentire la progressione dello strumento.
sedazione	testo 1	1= nessuna 2= sedazione cosciente 3= sedazione totale 4= non noto	
n. lesioni viste	testo 2	00, 01, 02,...,99	se non noto lasciare vuoto (non valorizzare a 00)
n. lesioni asportate	testo 2	00, 01, 02,...,99	sia polipi che biopsie; se non noto lasciare vuoto (non valorizzare a 00)
procedura eseguita	testo 1	1= polipectomia 2= polipectomia parziale 3= biopsia 3= non noto	
altri esami approfondimento / terapia?	testo 1	1= colonscopia virtuale 2= Rx clisma opaco 3= radioterapia se pre-intervento	utilizzare se eseguiti altri esami di approfondimento (CT virtuale, clisma opaco...)
Conclusioni della CT	testo 2		la conclusione terrà conto di eventuali altri esami di approfondimento eseguiti
		01= non noto 02= rinvio a SCR FOBT/ no FU endoscopico 03= esce dallo SCR per patologia coloretale 04= ripetizione esame 05= invio CT per procedura terapeutica 06= invio a chirurgia 07= controllo CT successiva 08= CT dopo clean colon	non ancora strutturato perché in via di definizione, non pervenuto ancora al centro screening, in attesa di istologico o completamento CT con altro esame utilizzare anche per patologie tipo IBD, FAP se determinano uscita da SCR es. per scarsa pulizia o esame non completo es. per rimozione grosso polipo es. early recall per verifica eradicazione completa è possibile che la successiva CT non sia eseguita in SCR ad esempio per limiti di età. In questo caso comparirà una data interruzione nel file anagrafica

		09= altro	es. colonscopia con esito ma senza indicazione a un percorso successivo
mesi indicati per CT di controllo/follow up	testo 2		da compilare sempre se conclusioni CT è 7 o 8; può essere vuoto se CT eseguita fuori SCR. Si intendono i mesi a partire dalla colonscopia qui riportata
data della conclusione CT	testo 8 (ggmmaaaa)		facoltativa
data chirurgia	testo 8 (ggmmaaaa)		compilare se la conclusione della CT è 06 e se vi è adesione
tipo di intervento	testo 2	01= escissione locale via trans-anale 02= resezione segmentaria 03= emicolectomia 04= resezione retto (intervento conservativo) 05= amputazione retto 06= altro 07= non noto	(aggiungere tecnica utilizzata, es tradizionale o laparo...)????
conclusioni dopo chirurgia	testo 2		
		01= esce dallo SCR per patologia coloretale 02= controllo CT successiva 03= CT dopo clean colon 04= rinvio a SCR FOBT/ no FU endoscopico 05=altro 06= non noto	utilizzare solo se esce da percorso SCR e non si conoscono eventuali indicazione per FU endoscopico es. per verifica eradicazione completa da usare solo per eccezioni
mesi indicati per CT di controllo/follow up dopo chirurgia	testo 2		Si intendono i mesi a partire dall'intervento chirurgico
disponibile solo lesione più severa	testo 1	1= sì 2= no	
morfologia lesione 1	testo 1	1= sessile 2= pedunculata 3= area depressa 4= non noto	
tipo lesione 1	testo 2	1 cancro 2 adenoma cancerizzato 3 adenoma tubulare 4 adenoma villosa o tubulo-villoso 5 polipo serrato 6 polipo iperplastico	

		7 altro polipo non neoplastico 8 non noto	
sede lesione 1	testo 3	1 retto 2 sigma 3 colon discendente 4 flessura splenica 5 colon trasverso 6 flessura epatica 7 colon ascendente 8 ceco 9 colon prossimale (non meglio identificato) 10 colon distale (non meglio identificato) 11 non noto	
grado lesione 1	testo 1	1 basso 2 alto 3 non noto	
dimensione lesione 1	numero 2	mm	a volte non è poss (00?)es se bp area depressa,che altro?
morfologia lesione 2			
tipo lesione 2			
sede lesione 2			
grado lesione 2			
dimensione lesione 2			
morfologia lesione 3			
tipo lesione 3			
sede lesione 3			
grado lesione 3			
dimensione lesione 3			
tipo lesione da chirurgia			
sede lesione da chirurgia			
grado lesione da chirurgia			