



International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO, Version for 2019-covid-expanded.

A	Agranulocytosis (D70) Anal carcinoma (C21) Anaemia - Aplastic (D60 – D61) Anaemia - Fanconi (D61.0) Angiosarcoma (C22.3)	N	Nasopharyngeal carcinoma (C11) Nebennierenkrebs → Adrenocortical carcinoma Nephritis / Glomerulonephritis (N05) Nephroblastoma → Wilms' tumour Non-Hodgkin lymphoma (C82 – C88)
B	Blasenmole → Trophoblastic disease Brain cancer: <ul style="list-style-type: none"> Astrocytoma (C71.9) Ependymoma (C71.9) Glioblastoma (C71.9) Oligodendroglioma (C71.9) Medulloblastoma (C71.6) other (C71) Breast cancer: <ul style="list-style-type: none"> benign BRCA positive (Z15.01) hormone receptor positive (Z17.0) hormone receptor negative (Z17.1) hormone receptor status not known (Z17) other (C50) Burkitt lymphoma (C83.7)	O	Osteosarcoma (C41.9) Ovary (C56): <ul style="list-style-type: none"> borderline malignancy teratoma benign teratoma malignant other
C	Cervix uteri carcinoma (C53) Chondrosarcoma (C41.9) Colitis ulcerosa → Ulcerative colitis Colon carcinoma (C18) Crohn disease (K50)	P	Pancreatic cancer (C25) Placenta cancer (C58.9; D39.2) → Trophoblastic disease Pleomorphic undifferentiated sarcoma → Undifferentiated pleomorphic sarcoma Polyarteritis nodosa (M30) Polychondritis (M94.8) Polymyositis (M33) Premature ovarian insufficiency (E28.3) Prostate cancer (C61)
D	Dermatomyositis (M33)	R	Rectal cancer (C20) Rectosigmoid junction cancer (C19) Renal cell carcinoma → Kidney cancer Rhabdomyosarcoma (C49.9) Rheumatoid arthritis (M05 – M06, M08)
E	Endometrial carcinoma (C54) Endometriosis (N80) Ewing sarcoma (C40-C41)	S	Schilddrüsenkrebs → Thyroid cancer Sharp syndrome → Mixed connective tissue disease Sickle cell disease (D57) Sigmakarzinom → Colon carcinoma Sjögren (Sicca) syndrome (M35) Stomach cancer (C16) Synovial sarcoma (C49.9) Systemic sclerosis (including: Scleroderma) (M34)
F	Fibrosarcoma (C49.9) Fragile X syndrome (Q99.2)	T	Takayasu arteritis (Aortic arch syndrome) (M31.4) Testicular cancer (C62): <ul style="list-style-type: none"> seminoma non seminomatous germ cell tumour - teratoma non seminomatous germ cell tumour - embryonal carcinoma non seminomatous germ cell tumour - yolk sac carcinoma stromal tumour - Leydig cell tumour stromal tumour - Sertoli cell tumour other histological types Thalassemia (D56) Thyroid cancer (C73) Transgender (F64) Trophoblastic disease (O01.9) Turner syndrome (Q96)
G	Galactosemia (E74.2) Germ cell tumour - extragonadal (ICD-O-3 M906-909)	U	Ulcerative colitis (K51) Undifferentiated pleomorphic sarcoma (C49)
H	Hodgkin lymphoma (C81)	V	Vasculitis limited to skin (L95) Vulva carcinoma (C51)
I	Immune thrombocytopenia (D69)	W	Wegener granulomatosis (M31.3) Wilms' tumour (Kidney cancer in children) (C64)
K	Keimzelltumor → Germ cell tumour Kidney cancer (C64)	?	DISEASE NOT LISTED
L	Leiomyosarcoma NOS (ICD-O-3 M8890/3) Leukaemia: <ul style="list-style-type: none"> Leukaemia lymphoid - acute lymphoblastic (C91.0) Leukaemia lymphoid - chronic lymphocytic (C91) Leukaemia myeloid - acute (C92) Leukaemia myeloid - chronic (C92) Leukaemia - other forms (C91 - C95) Liposarcoma (C49.9) Liver cancer (C22) Lung cancer (C34) Lupus erythematosus (L93)		
M	Malignant fibrous histiocytoma → Undifferentiated pleomorphic sarcoma Malignant nerve sheath tumour (C47.9) Melanoma (C43) Mesothelioma (C45) Mixed connective tissue disease (M35.1) Morbus Crohn → Crohn disease Myelodysplastic syndrome (D46) Multiple sclerosis (G35) Myositis (M60)		



Paziente ID

Non completamento

Data di fine studio

Motivo

- Il paziente ha ritirato il consenso
- Il paziente è stato perso al 'follow-up'
- Decesso (malattia oncologica, terapia oncologica, complicazioni correlate al cancro)
- Decesso dovuto ad altri motivi, specificare:



WHOQOL-BREF

The World Health Organization Quality of Life Brief 26-item Version

Organizzazione Mondiale della Sanità Qualità della Vita Breve, questionario 26 items, versione italiana

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. In the event of any inconsistency between the English and the translated version, the original English version shall be the binding and authentic version. Granted permission for WHO copyrighted material; request number: 393701

WHO REFERENCE NUMBER: WHO/HIS/HSI Rev.2012.03

Istruzioni

Questo questionario riguarda quello che Lei pensa della qualità **della Sua vita, della Sua salute, e di altri aspetti della Sua vita**. Per favore, risponda a tutte le domande: se è incerto sulla risposta da fornire ad una domanda, scelga, per favore, **quella che corrisponde di più alla sua opinione**. Per favore, nel rispondere tenga conto delle sue abitudini di vita, delle Sue speranze, dei Suoi gusti e delle Sue preoccupazioni e pensi a quello che Le è successo **negli ultimi 15 giorni**.

		Molto cattiva	Cattiva	Né cattiva, né buona	Buona	Molto buona
1 (G1)	Come valuta la qualità della Sua vita?	1	2	3	4	5

		Molto insoddisfatto/a	Insoddisfatto/a	Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	Soddisfatto/a	Molto soddisfatto/a
2 (G4)	E' soddisfatto/a della Sua salute?	1	2	3	4	5

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato determinate cose negli ultimi 15 giorni.

		Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
3 (F1.4)	In che misura i dolori fisici Le impediscono di fare le cose che deve fare?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Ha bisogno di trattamenti o interventi medici per poter affrontare la vita di tutti i giorni?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Quanto si gode la vita?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	In che misura Lei pensa che la Sua vita abbia un significato?	1	2	3	4	5

		Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
7 (F5.3)	Riesce a concentrarsi nelle cose che fa?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quanto si sente al sicuro nella Sua vita di tutti i giorni?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	L'ambiente in cui vive è sicuro per la salute (nel senso del rumore, inquinamento, clima ed altre caratteristiche ambientali)?	1	2	3	4	5



Paziente ID

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto **in che misura** Lei ha sperimentato o è stato capace di fare certe cose negli ultimi 15 giorni.

		Per niente	Poco	Abbastanza	In gran parte	Completamente
10 (F2.1)	Ha l'energia necessaria da poter svolgere le attività di tutti i giorni?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Accetta di buon grado il Suo aspetto esteriore?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Le Sue risorse economiche Le bastano per soddisfare i Suoi bisogni?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Le informazioni di cui dispone Le bastano per la vita di tutti i giorni?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Ha la possibilità di dedicarsi ad attività di svago nel tempo libero?	1	2	3	4	5

		Molto poco	Poco	Abbastanza	Molto	Moltissimo
15 (F9.1)	In che misura riesce a muoversi?	1	2	3	4	5

Nelle domande seguenti, Le viene chiesto quanto si è sentito **bene o soddisfatto** relativamente a vari aspetti della Sua vita negli ultimi 15 giorni.

		Molto insoddisfatto/a	Insoddisfatto/a	Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	Soddisfatto/a	Molto soddisfatto/a
16 (F3.3)	E' soddisfatto/a di come dorme?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	E' soddisfatto/a di come riesce a fare le cose di tutti i giorni?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	E' soddisfatto/a della Sua capacità di impegnarsi in attività?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	E' soddisfatto/a di Sé stesso?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	E' soddisfatto/a dei Suoi rapporti personali con gli altri?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	E' soddisfatto/a della Sua vita sessuale?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai Suoi amici?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	E' soddisfatto/a delle condizioni della Sua abitazione?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	E' soddisfatto/a della disponibilità ed accessibilità dei servizi sanitari?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	E' soddisfatto/a dei mezzi di trasporto che ha a disposizione?	1	2	3	4	5

La domanda che segue si riferisce a **quanto spesso** Lei ha provato o sperimentato certe cose negli ultimi 15 giorni.

		Mai	Raramente	Abbastanza spesso	Molto spesso	Sempre
26 (F8.1)	Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione?	1	2	3	4	5

La ringraziamo per la Sua collaborazione!



Paziente ID

Post-trattamento 12-15 mesi

Centro e città	<input type="text"/>
Data della seconda visita	<input type="text"/>

Diagnosi finale

Diagnosi (ICD-10)	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

(Vedere l'elenco delle malattie con i codici ICD-10)

Trattamento gonadotossico

Inizio	<input type="text"/>			
Fine	<input type="text"/>			
Protocollo	Vi preghiamo di inviarci la lettera dell'oncologo via email!			
Rimozione delle ovaie	<input type="radio"/> Nessuno	<input type="radio"/> ½ Ovaio	<input type="radio"/> 1 Ovaio	<input type="radio"/> 2 Ovaie
Chemioterapia	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No	
Radioterapia	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No	
Immunoterapia	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No	
Chirurgia	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No	
Altro	<input type="radio"/> Sì		<input type="radio"/> No	

Malattia

Stato	<input type="radio"/> Remissione completa (assenza di malattia) <input type="radio"/> Remissione parziale (> 50% di riduzione della malattia) <input type="radio"/> Nessuna remissione (≤ 50% di riduzione della malattia) <input type="radio"/> Recidiva (ricomparsa della malattia)		
Eventi correlati	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No	
Specificare	<input type="text"/>		

(ulteriori terapie, un secondo cancro, altre malattie ecc.)

Contracezione o terapia ormonale sostitutiva


Metodi	<input type="radio"/> Contraccettivi che riducono l'FSH (contraccettivi orali, transdermici, vaginali combinati o iniezioni intracutanee trimestrali, note come DMPA, "iniezione trimestrale") <input type="radio"/> Contraccettivi che non riducono l'FSH (solo progesterone, impianti sottocutanei o qualsiasi IUD) <input type="radio"/> TOS / HRT (terapia ormonale sostitutiva) <input type="radio"/> Nessuno dei precedenti		
--------	--	--	--



Paziente ID


Parametri del sangue

Data	<input type="text"/>	
AMH	<input type="text"/>	<input type="radio"/> pmol/L <input type="radio"/> ng/mL <input type="radio"/> µg/L
FSH	<input type="text"/>	IU/L
LH	<input type="text"/>	IU/L
E2	<input type="text"/>	<input type="radio"/> pmol/L <input type="radio"/> ng/L <input type="radio"/> pg/L



Parametri del ciclo mestruale

Ciclo mestruale	<input type="radio"/> Regolare (21-35 giorni) <input type="radio"/> Regolare (ormoni, come contraccettivi orali e TOS) <input type="radio"/> Irregolare (oligomenorrea, polimenorrea, ecc.) <input type="radio"/> Amenorrea (insufficienza ovarica prematura – IOP) <input type="radio"/> Amenorrea (come gravidanza, allattamento, trattamento ormonale, ecc.) <input type="radio"/> Amenorrea (troppo precoce per la valutazione, ad esempio bambini e adolescenti) <i>Negli ultimi 3-6 mesi.</i>
Giorno del ciclo mestruale in cui è stato effettuato l'esame del sangue	<input type="radio"/> Giorno 1-5 <input type="radio"/> Dopo il giorno 5 <input type="radio"/> Non può essere specificato (amenorrea, ecc.) <input type="radio"/> Sconosciuta



Misure di preservazione della fertilità

Misure	<input type="radio"/> Nessuna <input type="radio"/> Analoghi del GnRH <input type="radio"/> Congelamento degli ovociti <input type="radio"/> Congelamento degli zigoti <input type="radio"/> Congelamento degli embrioni <input type="radio"/> Congelamento del tessuto ovarico <input type="radio"/> Trasposizione delle ovaie
---------------	---

Soddisfazione del paziente

È soddisfatto della <u>decisione</u> di sottoporsi a misure di preservazione della fertilità o meno?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No									
Quanto è soddisfatto della <u>decisione</u>?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quanto è soddisfatto della <u>consulenza</u> sulla preservazione della fertilità prima del trattamento gonadotossico?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Leggenda:
 0 = non specificato
 1 = Per niente soddisfatto
 10 = Molto soddisfatto



Paziente ID



Gravidanze <u>con</u> materiale congelato in precedenza			
Materiale congelato utilizzato?			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Prima	Seconda	Terza	Quarta
<input type="radio"/> Ovociti <input type="radio"/> Embrioni <input type="radio"/> Tessuto ovarico <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Ovociti <input type="radio"/> Embrioni <input type="radio"/> Tessuto ovarico <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Ovociti <input type="radio"/> Embrioni <input type="radio"/> Tessuto ovarico <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Ovociti <input type="radio"/> Embrioni <input type="radio"/> Tessuto ovarico <input type="radio"/> Sconosciuta
<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:



Gravidanze <u>senza</u> materiale congelato in precedenza			
La paziente ha <u>tentato</u> una gravidanza dopo la fine del trattamento gonadotossico?			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Prima	Seconda	Terza	Quarta
<input type="radio"/> Concepimento naturale <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Concepimento naturale <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Concepimento naturale <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Sconosciuta	<input type="radio"/> Concepimento naturale <input type="radio"/> ART <input type="radio"/> Sconosciuta
<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare:	<input type="radio"/> Nascita viva <input type="radio"/> Gravidanza in corso <input type="radio"/> Aborto spontaneo precoce <input type="radio"/> Aborto spontaneo tardivo <input type="radio"/> Morte del feto <input type="radio"/> Aborto indotto <input type="radio"/> Gravidanza ectopica <input type="radio"/> Altro, specificare: