



Анкета

1. Персональные данные пациента

Имя:

Фамилия:

Дата рождения:

Номер страхового свидетельства:

Пол: мужской женский

Этническая/расовая принадлежность:

/ Белая / Черная / Индо-азиатская Не известна

2. Анамнез**Употребление алкоголя:** да/нетесли да: количество (г/день):
с какого момента? (годы):Руководство по оценке количества в граммах:

1 дл пива (4,5 об. %) = ~3,5 г спирта

1 дл вина (12,5 об. %) = ~10 г спирта

Принимала ли мать ребенка алкоголь во время беременности? да/нет/неизвестноесли да: В каком триместре?.....
количество (г/день):.....
с какого момента? (годы):.....**Курение (активное):** да/нет
если да: количество (сигарет/день):.....
с какого момента? (год):.....**Курение (пассивное):** да/нет/нет данных
Пассивным курением является вдыхание табачного дыма, находящегося в окружающей среде, иными лицами, помимо «активного», то есть преднамеренного, курильщика. Это происходит, когда табачный дым проникает в окружающую среду, и дети вдыхают его, находясь в данной среде.
если да: количество (сигарет/день):.....
с какого момента? (год):.....**Курение (опосредованное, «через третьи руки»):** да/нет*Сигаретный дым остается в волосах, коже, одежде, мебели, занавесях, стенах, постельных принадлежностях, коврах, пыли, транспортных средствах и других поверхностях долгое время после прекращения активного курения. Младенцы, дети и некурящие взрослые могут подвергаться риску возникновения заболеваний, связанным с табакокурением, при вдыхании, поедании или соприкосновении с веществами, содержащими опосредованный дым.*

если да:

Комната:*(Данный вопрос направлен на понимание состояния комнаты/поверхностей, влияющих на ребенка)*

всего (сигарет/день в комнате):

количество курильщиков в комнате:

с какого момента? (год):.....

Ребенок:

В течение скольких лет ребенок подвергался воздействию?.....

В течение скольких часов в день ребенок подвергался воздействию?.....

Страна:

Город:

Клиника:

ФИО/Инициалы лечащего врача:

№ пациента:

ФОРМА А

Панкреатит
у детей**Курила ли мать ребенка во время беременности?**

да/нет/нет данных

Если да, то сколько месяцев?

Количество (сигарет/день):

Употребление наркотиков:

да/нет

если да: тип наркотика:

количество:

с какого момента? (год)

(если были и другие наркотики, пожалуйста, опишите их в разделе ПРИМЕЧАНИЯ в конце документа)

Сахарный диабет:

да/нет

если да: тип: Тип I. / Тип II.

с какого момента? (год)

Глютен-зависимая энтеропатия:

да/нет

если да: с какого момента (год):

Нарушения жирового обмена:

да/нет

если да: тип:

с какого момента (год):

Любые заболевания поджелудочной железы: да/нет

если да: острый панкреатит/ хронический панкреатит / аутоиммунный панкреатит / опухоль / другое

если другое: пожалуйста, опишите:

Если ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ указан в анамнезе пациента:

Сколько острых эпизодов было у пациента до наступления данного эпизода:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Если пациент страдает ХРОНИЧЕСКИМ/АУТОИММУНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ:

Когда был поставлен диагноз?

Сколько острых эпизодов было у пациента до наступления данного эпизода:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Если пациент страдает РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Когда был поставлен диагноз?

Был ли диагностирован хронический панкреатит? да/нет

Если да, когда был поставлен диагноз?

Сколько острых эпизодов было у пациента до наступления данного эпизода:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Иная информация:

.....

.....

.....

ФОРМА А

Панкреатит
у детей**Панкреатические расстройства в семейном анамнезе:**

острый панкреатит: да/нет степень родства с пациентом:

хронический панкреатит да/нет степень родства с пациентом:

аутоиммунный панкреатит: да/нет степень родства с пациентом:

ухоль поджелудочной железы: да /нет степень родства с пациентом:

другое (пожалуйста, опишите):..... степень родства с пациентом:

.....

Врожденные анатомические мальформации поджелудочной железы: да/нет/нет данных

если да, опишите, пожалуйста:

Другие заболевания: да/нет

если да: пожалуйста, перечислите/опишите:

.....

.....

.....

Регулярный прием лекарственных препаратов: да/нет

если да:

наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....
наименование:.....	гво:.....	момента?.....

(если применяются и другие препараты, пожалуйста, опишите их в разделе ПРИМЕЧАНИЯ в конце документа)

Диета: да/нет

если да: опишите, пожалуйста:

3. Этиология

Билиарная	да	нет	нет данных
Алкоголь	да	нет	нет данных
Вирусная инфекция	да	нет	нет данных
Травма	да	нет	нет данных
Ятрогенная	да	нет	нет данных
Врожденная анатомическая мальформация	да	нет	нет данных
Муковисцидоз	да	нет	нет данных
Гипертриглицеридемия	да	нет	нет данных
Генетическая	да	нет	нет данных
Идиопатическая	да	нет	нет данных
Иная	да	нет	нет данных

если да: опишите, пожалуйста:.....

**4. Жалобы, симптомы**

Абдоминальная боль: да/нет
если да: с какого момента (часы):
тип: спастическая/тупая/острая
интенсивность (1-10):
локализация:
иррадиация:

Тошнота да/нет

Рвота да/нет
если да: сколько раз:
состав рвотных масс:

Субфебрильная температура/лихорадка: да/нет
если да: с какого момента:
градусы (°C):

Аппетит: хороший/умеренный/плохой

Потеря веса: да/нет
если да: на сколько (кг):
за какой период (недели):

Желтуха: да/нет
если да: как долго:

Стул: нормальный/ диарея / запор /стеаторея/ гнилостный /непереваренная пища

5. Состояние при поступлении

Кровяное давление (мм.рт.ст.): **ЧСС (ударов/минуту):**
Масса тела (кг): **Рост (м):**
Частота дыхания (в минуту): **Температура тела (°C):**
Болезненность брюшной стенки: да/нет **Спазм брюшной стенки при пальпации:** да/нет
Желтуха: да/нет
Кишечные шумы: Нет / Ослаблены / Нормальные / Усилены

Шкала комы Глазго:

Шкала комы Глазго:

Реакция глаз

4 балла: Произвольное открывание глаз
3 балла: Открывание глаз в ответ на вербальный стимул
2 балла: Открывание глаз в ответ на болевой стимул
1 балл: Открывание глаз отсутствует

Двигательная реакция

6 баллов: Выполнение движений по команде
5 баллов: Локализованная реакция на болевой стимул
4 балла: Избегание боли
3 балла: Декортикационная поза
2 балла: Децеребральная поза

Речевая реакция

5 баллов: Ориентированная речь
4 балла: Спутанная речь
3 балла: Неадекватная речь
2 балла: Нечленораздельная речь
1 балл: Отсутствие речи.

1 балл: Нет реакции на болевой стимул

**6. Данные лабораторного исследования при поступлении****ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

Амилаза (ед/л)	
Липаза (ед/л): (обязательно только если уровень амилазы не измерялся)	
Лейкоциты (10^9 /л)	
Эритроциты (10^{12} /л)	
Гемоглобин (г/л)	
Гематокрит (%)	
Тромбоциты (10^9 /л)	
Сывороточная глюкоза (ммоль/л)	
Азот мочевины крови (ммоль/л)	
Креатинин (мкмоль/л)	
pСКФ	
C-реактивный белок (мг/л)	
АСТ (ед/л):	
Лактатдегидрогеназа (ед/л)	
Кальций (ммоль/л)	

Иные параметры (если измерялись):

Натрий (ммоль/л)	
Калий (ммоль/л)	
Общий белок (г/л)	
Альбумин (г/л)	
Холестерол (ммоль/л)	
Триглицериды (ммоль/л)	
АЛТ (ед/л)	
ГГТ (ед/л)	
Билирубин общий (мкмоль/л)	
Прямой/Связанный билирубин (мкмоль/л)	
Щелочная фосфатаза (ед/л)	
СОЭ/по Вестергрону (мм/ч)	
Прокальцитонин (нг/мл)	
IgA (г/л)	
IgM (г/л)	
IgG (г/л)	
IgG4 (г/л)	
СА 19-9 (ед/мл)	
РаО ₂ (мм.рт.ст)	
НСО ₃ (ммоль/л)	
сатурация О ₂ (%)	
Хлориды пота (ммоль/л)	
амилаза мочи	
липаза мочи	
креатинин мочи	

ФОРМА А

**Панкреатит
у детей**



серологические исследования на вирусные инфекции (какие?) результаты:.....

.....

7. Визуализирующие исследования при поступлении

Есть ли у пациента плевральный выпот?	да	нет
Есть ли у пациента инфильтраты в легкие?	да	нет
Есть ли у пациента аномалии строения поджелудочной железы?	да	нет

УЗИ брюшной полости: да нет

Описание:

.....

.....

.....

Рентгенография брюшной полости: да нет

Описание:

.....

.....

.....

Рентгенография грудной клетки: да нет

Описание:

.....

.....

.....

Компьютерная томография грудной клетки: да нет

Описание:

.....

.....

.....

Компьютерная томография брюшной полости: да нет

Описание:

.....

.....

.....



8. Генетический анализ

Выполнялся ли ранее? да нет
если да: опишите, пожалуйста:

.....
.....
.....

9. Неотложная терапия при поступлении (в отделении неотложной помощи, до перемещения пациента в палату)

Внутривенная инфузионная терапия да нет
если да: кости.....
гво (мл)

Энтеральное питание да нет
если да: тральное/назо-еюнальное

гво: (мл)
ние:

Обезболивание: да нет
если да: ведение: пероральное / энтеральное / внутривенное / эпидуральное
вание лекарственного препарата:
ка:.....
кительность (дни):.....

Терапия антибиотиками: да нет
если да: ведение: пероральное / энтеральное / внутривенное
вание лекарственного препарата:
ка:.....

Инсулин: да нет
если да: вание лекарственного препарата:
ка:.....
кительность (дни):.....

Реанимационные мероприятия: да нет
если да: чно (вентиляция, сосудосуживающая терапия):.....
кительность (дни):.....

Иное:
если да: опишите, пожалуйста:
.....
.....
.....

**10. Осложнения**

Со стороны поджелудочной железы: да нет
если да: накопление жидкости/ псевдокиста/ некроз /диабет

Органная недостаточность: да нет
если да: легкие / сердце /почки /другое

Смерть: да нет

ПРИМЕЧАНИЯ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ДАТА:

ФИО ВРАЧА: ПОДПИСЬ: