



**Fragebogen**

**1. Patientendaten**

Vorname:.....

Nachname: .....

Geburtsdatum:.....

Versichertennummer:.....

Geschlecht: männlich weiblich

Herkunft: .....

Kann das Kind Fragen bezüglich der Beschwerden und Symptome beantworten? Ja / Nein

**2. Anamnestische Daten**

**a) Pankreas-Erkrankungen in der Familie:**

Akute Pankreatitis:	Ja / Nein	Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....
Chronische Pankreatitis:	Ja / Nein	Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....
Autoimmun Pankreatitis:	Ja / Nein	Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....
Bauchspeicheldrüsenkrebs:	Ja / Nein	Wenn ja: Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....
Andere (bitte beschreiben):.....		Beziehung zum/zur Patienten/-in:.....

Andere Erkrankungen in der Familie:.....

**b) Anamnese des Kindes:**

Vorerkrankungen: Ja / Nein

Wenn ja: bitte benennen :

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

Abdominelle Operationen: Ja / Nein

Wenn ja: bitte benennen:

Einnahme neuer Medikamente in den letzten zwei Wochen: Ja / Nein

Wenn ja: bitte benennen:

.....  
 .....

Land:

---

Stadt:

---

Krankenhaus:

---

Name des Arztes/der Ärztin/  
Initiale:

---

Patienten Nr:

---

# FORM-A

## Pädiatrische Pankreatitis



# PINEAPPLE-P

**Dauermedikation:** Ja / Nein

Wenn ja:

Name:..... Dosierung:.....

Name:..... Dosierung:.....

Name:..... Dosierung:.....

Name:..... Dosierung:.....

Name:..... Dosierung:.....

**Neue Symptome/neu diagnostizierte Erkrankungen in den letzten zwei Wochen** (z.B. Pneumonie, Fieber usw.):

Ja / Nein

Wenn ja: bitte beschreiben : .....

**Veränderung in der Ernährungsweise in den letzten zwei Wochen:** Ja / Nein

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

**Für das Kind emotional stark belastende/ beeinflussende Ereignisse in den letzten zwei Wochen:** Ja / Nein

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

**Veränderungen im Umfeld des Kindes in den letzten zwei Wochen:** Ja / Nein

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

**Andere Ereignisse in den letzten zwei Wochen:** Ja / Nein

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

**Wurden Untersuchungen wegen abdominellen Schmerzen durchgeführt?** Ja / Nein

Wenn ja: welche Untersuchung wurde gemacht und mit welchem Ergebnis?

.....

**Dauer der Stillzeit:**.....

JOINT PROJECT ORGANIZED BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY



### 3. Beschwerden/ Symptome

#### a) Abdomineller Schmerz:

Seit wie vielen Stunden besteht der Schmerz? .....

Wie lange hat er gedauert? .....

Kontinuität: kontinuierlich / intermittierend / wechselhaft

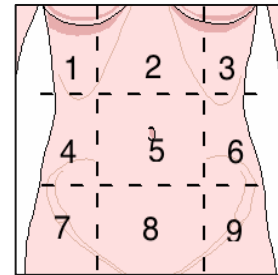
Intensität an einer Skala von 1-10: ....., der Schmerz lässt nach / wird stärker/ stagniert

Zwangshaltung: ja /nein

Art der Schmerzen: dumpf / scharf / kolikartig

Ort: diffus / lokalisiert

Im Falle von lokalisierten Schmerzen, bitte Bereich auf der Abbildung markieren. (Mehrere Markierungen möglich)



#### b) Im Falle von seit über 48 Stunden bestehende Bauchschmerzen:

Waren die täglichen Aktivitäten des Kindes beeinflusst? Ja / Nein

Ist das Kind nachts wegen der Schmerzen aufgewacht? Ja / Nein

Zu welcher Tageszeit ist der Schmerz hauptsächlich aufgetreten?

morgens / vormittags / nachmittags / abends / nachts

Gab es einen Zusammenhang mit der Ernährung? Ja / Nein

Wenn ja: vor dem Essen / während des Essens / nach dem Essen

#### c) Andere Beschwerden:

Übelkeit: Ja / Nein

Erbrechen: Ja / Nein

Wenn ja: Wie oft?:..... Inhalt des Erbrochenen:.....

Erhöhte Temperatur/Fieber: Ja / Nein Wenn ja: seit wann:.....

Wie hoch? (°C):.....

Appetit: gut / mäßig / schlecht

Gewichtsverlust: Ja / Nein

Wenn ja: Wie viel (kg):.....

In welcher Zeitspanne (Wochen):.....

Ikterus: Ja / Nein

Wenn ja: Wie lange:.....

Stuhl: Normal / flüssig / Verstopfung / fettig / übelriechend / blutig / unverdaute Nahrungsreste



**4. Aufnahmedetails und Status**

Blutdruck (mmHg):..... Puls (/Minute):.....  
 Gewicht (kg):..... Größe (cm):.....  
 Atemfrequenz (/Minute):..... Körpertemperatur (°C):.....  
 Abwehrspannung: Ja / Nein  
 Abdomineller Druckschmerz/ -Empfindlichkeit: Ja / Nein  
 Lokalisation der abdominalen Beschwerden .....

Ikterus: Ja / Nein  
 Darmgeräusche: fehlend /vermindert / normal/ vermehrt

**5 .Laborparameter**

Amylase (U/l): .....  
 Lipase(U/l): .....

**6. Bildgebung bei Aufnahme**

Pankreasauffälligkeiten, die eine akute Pankreatitis vermuten lassen? Ja / Nein  
 Pankreasauffälligkeiten, die eine chronische Pankreatitis vermuten lassen? Ja / Nein

**Abdomen-Sonographie:** Ja Nein  
 Beschreibung:

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

**Abdomen- CT:** Ja Nein  
 Beschreibung:

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



**7. Diagnose:**

.....

**8. Diagnose – Hauptgruppen**

(Unbekannt, Chirurgie, Dermatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Hämatologie, H-N-O, Immunologie, Infektologie, Kardiologie, Nephrologie, Neurologie, Onkologie, Ophtalmologie, Orthopädie, Psychiatrie, Pulmonologie, Traumatologie, Urologie, Zahnmedizin, Andere)

**9. Was ist mit dem Patienten passiert?**

Stationäre Aufnahme / wurde nach Hause entlassen / Sonstiges

**NOTIZEN**

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

**DATUM:**

JAHR: ..... MONAT: ..... TAG: ..... UHRZEIT: ..... MIN: .....

Behandelnde(r) Arzt/ Ärztin: ..... Unterschrift: .....