

## 1. Személyes adatok

TAJ szám:.....  
 Név:.....  
 Születési dátum:.....  
 Nem: Nő / Férfi  
 Rasz: Fehér / Fekete / Indiai / Ázsiai / Roma Egyéb: .....

A kikérdezés időpontja: .....

A megjelenés módja: ambuláns / kórházi felvétel

ha kórházi felvétel:

Felvétel dátuma:.....(év,hónap,nap)

Elbocsátás dátuma:.....(év,hónap,nap)

Kórházban töltött napok száma:

Ország:

Város:

Kórház:

Orvos:

Vérminta kódja:

Vérminta dátuma:

## 2. Anamnesztikus adatok

Alkoholfogyasztás: igen / nem / nincs adat

**Ha igen:** gyakoriság: nincs adat / alkalmanként / havonta / hetente / naponta

mennyiség (g/nap):.....

Hány éve?.....

Az elmúlt két hétben fogyasztott alkohol mennyisége (g): .....

**Ha nem:** **Korábban fogyasztott-e alkoholt?** igen / nem / nincs adat

ha igen: gyakoriság: nincs adat / alkalmanként / havonta / hetente / naponta

mennyiség (g/nap):.....

Hány évet?.....

Mennyi ideje hagyott fel az alkoholfogyasztással?.....

*Mennyiséghez útmutató: 1 dl sör (4.5 vol. %) = ~3.5 g alkohol*

*1 dl bor (12.5 vol. %) = ~10 g alkohol*

*1 dl tömény ital (50 vol. %) = ~40 g alkohol*

Dohányzás: igen / nem / nincs adat

ha igen: mennyiség (cigaretta/nap):.....

Hány éve?.....

**ha nem:** **Korábban dohányzott-e?** igen/nem

ha igen: mennyiség (szál/nap):.....

Hány évet?.....

Mennyi ideje hagyta abba a dohányzást? .....

Drogfogyasztás: igen / nem / nincs adat

*A rendszeresen szedett felírt gyógyszert nem itt kell feltüntetni.*

ha igen: drog megnevezése:.....

mennyiség:.....

Hány éve?.....

**Diéta:** igen / nem  
 ha igen: típusa:  
 diabeteses/gluténmentes/vegetáriánus/paleolit/laktózmentes/egyéb:.....

**Autoimmun betegség:** igen /nem  
 ha igen: megnevezés:.....  
 mióta (évszám):.....

**Cukorbetegség:** igen / nem  
 ha igen: típus: I-es típ. / II-es típ. / III. c típus / MODY  
 mióta (évszám).....

**Zsírsanyagcsere zavar:** igen / nem  
 ha igen: mióta (évszám).....

**Magas vérnyomás:** igen / nem  
 ha igen: mióta:.....

**Pajzsmirigybetegség:** igen / nem  
 ha igen: típus: alulműködés / túlműködés / egyéb:.....  
 mióta (évszám).....

**Egyéb betegségek:** igen / nem  
 ha igen:  
 megnevezésük:.....

**Rendszeresen szedett gyógyszerek:** igen / nem  
 ha igen:  
 a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....  
 dózis: ..... mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén  
 koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi hányszor (pl.: 3) .....  
 beadás módja:.....egyéb megjegyzés:.....

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....  
 dózis: ..... mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén  
 koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi hányszor (pl.: 3) .....  
 beadás módja:.....egyéb megjegyzés:.....

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....  
 dózis: ..... mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén  
 koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi hányszor (pl.: 3) .....  
 beadás módja:.....egyéb megjegyzés:.....

a gyógyszer neve:.....hatóanyag:.....  
 dózis: ..... mértékegység: gramm / milligram / IU, folyadék esetén  
 koncentráció: (pl. 10%, 1g/2ml)..... napi hányszor (pl.: 3) .....  
 beadás módja:.....egyéb megjegyzés:.....

**Családban előforduló daganatos betegség:** igen/nem/nincs adat

**ha igen:** rokonsági fok: apa / anya / testvér / gyermek / apai nagyapa / apai nagyanya / anyai nagyanya / anyai nagyapa / apai unokatestvér / anyai unokatestvér / apa testvére (nagybácsi, nagynéni) / anya testvére (nagybácsi, nagynéni) / testvér gyereke (unokaöccs, unokahúg) / unoka / apai nagyapa testvére / apai nagyanya testvére / anyai nagyapa testvére / anyai nagyanya testvére / egyéb vérrokon / házastárs (férj, feleség, egyéb nem vérrokon)

**Egyéb előzmény:**

.....  
 .....

### **3. Diagnózis**

Diagnózis: korábban diagnosztizált / újonnan diagnosztizált

A diagnózis időpontja:.....

#### **A diagnózis alapja**

##### **3.1 Oesophago-gastro-bulboscopia (kötelező)**

vizsgálat dátuma:.....

mechanikus obstrukció jelenléte: igen / nem

*(megjegyzés: igen esetén a beteg a regiszterbe nem tölthető fel)*

nyelőcső mycosis jelenléte: igen/nem

ételpangás a nyelőcsőben: igen/nem

gyomornyálkahártya eltérés: igen/nem

ha igen, leírása: gyulladás / erosio / fekély / polyp / tumor / egyéb:.....

HP pozitivitás: igen/nem

##### **3.2 Nyelési RTG (kötelező)**

vizsgálat dátuma:.....

nyelőcső tágassága:..... (cm)

retenció mértéke:.....(cm)

cardia tágassága: .....(mm)

##### **3.3 Nyelőcső manometria (kötelező)**

A manometria típusa: folyadékperfúziós / nagy felbontású, folyadékperfúziós katéter / nagy felbontású, szilárd nyomásérzékelő

Vizsgálat dátuma: .....

LES helyzete: .....-..... cm között

LES alapnyomás:..... (Hgmm)

LES relaxatio:..... (% ).....(Hgmm)

Tubularis nyelőcső motilitás: aperisztaltika / szimultan 30 Hgmm alatti kontrakciók / szimultan 30 Hgmm feletti kontrakciók / inkoordinált mozgás/egyéb:.....

UES helyzete:.....-..... cm között

UES alapnyomása:.....(Hgmm)

UES relaxatio:.....(%)

HR manometria esetén Chicago classificatio: I. klasszikus/II. klasszikus achalasia nyelőcső kompressziókkal/III. spasztikus

**4. Eredeti panaszok** *A diagnózist megelőző panaszok, amennyiben az achalasia korábban diagnosztizált. Újonnan diagnosztizált esetben, kérjük, folytassa az 5. ponttal.*

**Nyelési nehezítettség:** igen / nem

ha igen: mióta (*a diagnózis előtt mennyi idővel kezdődött?*) :...hetek/hónapok/évek.....  
milyen étel mellett fordult elő: szilárd/pépes/folyékony  
milyen gyakran fordult elő: minden étkezésnél/naponta/alkalomszerűen

**Mellkasi nyomás:** igen/nem

ha igen: milyen gyakran fordult elő: minden étkezésnél/naponta/alkalomszerűen

**Ételregurgitáció:** igen/nem

ha igen:milyen gyakran fordult elő: minden étkezésnél/naponta/alkalomszerűen

**Hányás:** igen/nem

ha igen:milyen gyakran fordult elő: minden étkezésnél/naponta/alkalomszerűen

**Étvágy:** jó / megtartott (változó) / rossz

**Testsúly változás:** igen / nem

ha igen: irány: fogyás / hízás  
mennyit:.....(kg)  
mennyi idő alatt (hét):.....

**Köhögés:** igen/nem

**Korábbi beavatkozások**

**Gyógyszeres kezelés:** igen / nem

**Botulinus toxin kezelés:** igen / nem

**Ballon dilatáció:** igen / nem

**Heller myotomia:** igen / nem

ha bármelyik igen:

**Panaszok változása a beavatkozás után:**

Nyelési nehezítettség: jobb / változatlan / rosszabb

Mellkasi nyomás: jobb / változatlan / rosszabb

Étel regurgitáció: jobb / változatlan / rosszabb

Hányás: jobb / változatlan / rosszabb

Étvágy: jobb / változatlan / rosszabb

Testsúlyváltozás: fogyás / változatlan súly / testsúly növekedés

Köhögés: jobb / változatlan/rosszabb  
Nyelőcső égés megjelent-e: igen / nem  
Savas regurgitáció megjelent-e: igen / nem  
Epigastrialis égő fájdalom megjelent-e: igen / nem

**Kontroll nyelési RTG eredmény:** igen / nem

ha igen:  
vizsgálat dátuma:.....  
nyelőcső tágassága:..... (cm)  
retenció mértéke:.....(cm)  
cardia tágassága: .....(mm)

**Kontroll nyelőcső manometria eredménye:** igen / nem

ha igen:  
LES alapnyomás: ..... (Hgmm)  
LES relaxáció: ..... (%).....(Hgmm)

**5. Jelen panaszok, tünetek** igen / nem

**Nyelési nehezítettség:** igen / nem

ha igen: mióta:...hetek/hónapok/évek....  
milyen étel mellett fordult elő: szilárd/pépes/folyékony  
milyen gyakran: minden étkezésnél /naponta /alkalomszerűen

**Mellkasi nyomás:** igen/nem

ha igen: milyen gyakran: minden étkezésnél /naponta /alkalomszerűen

**Ételregurgitáció:** igen/nem

ha igen: milyen gyakran: minden étkezésnél /naponta /alkalomszerűen

**Hányás:** igen/nem

ha igen:milyen gyakran fordult elő: minden étkezésnél/naponta/alkalomszerűen

**Étvágy:** jó / megtartott (változó) / rossz

**Testsúly változás:** igen / nem

ha igen: iránya: fogyás/hízás  
mennyit:.....(kg)  
menyi idő alatt (hét):.....

**Köhögés:** igen/nem

**Felvételi Eckard score:** .....

## 6. Felvételi adatok, status

Testsúly (kg):.....

Testmagasság (m):.....

**BMI**

Vérnyomás (Hgmm):...../.....

Pulzus (/min):.....

Hasi nyomásérzékenység: igen / nem / nincs adat

## 7. Laborvizsgálat: igen /nem

vérsüllyedés (mm/h)	
CRP (mg/l)	
<b>Vérkép</b>	
WBC (G/l)	
RBC (T/l)	
Hemoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
MCV	
PLT (G/l)	
<b>Ionok</b>	
Nátrium (mmol/l)	
Kálium (mmol/l)	
Kalcium (mmol/l)	
Magnézium (mmol/l)	
Foszfor (mmol/l)	
Chloride (mmol/l)	
Vas (umol/l)	
<b>Pankreász</b>	
Glükóz (mmol/l)	
Amiláz (U/l)	
Lipáz (U/l)	
<b>Vesefunkció</b>	
Urea nitrogen (Karbamid) (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
<b>Májfunkció</b>	
Totál bilirubin (umol/l)	
Direkt bilirubin (umol/l)	
Indirekt bilirubin (umol/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	

Alkalikus foszfatáz (U/l)	
Laktáz dehidrogenáz LDH (U/l)	
Protrombin (%)	
Protrombin INR	
<b>Metabolizmus</b>	
Koleszterin (mmol/l)	
Triglicerid (mmol/l)	
Húgysav (umol/l)	
TSH (mU/l)	
HgbA1C (%)	
<b>Proteinek</b>	
Total protein (g/l)	
Albumin (g/l)	
Globulin alfa1 (g/l)	
Globulin alfa2 (g/l)	
Globulin beta (g/l)	
Globulin gamma (g/l)	
Fibrinogen (g/l)	
<b>Vérgáz</b>	
PaO2 (Hgmm)	
HCO3 (mmol/l)	
sO2 (%)	
<b>Tumormarkerek</b>	
CEA (ug/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
AFP (ng/ml)	
<b>Egyéb</b>	

## **8. Terápia:**

**Gyógyszeres kezelés:** igen /nem

ha igen:

gyógyszer típusa: calcium csatorna blokkoló/nitrát/NO donor/egyéb.....

gyógyszer dózisa..... (mg)

naponta hányszor:.....

**Botulinus toxin kezelés:** igen / nem

ha igen:

toxin dózisa: .....

kezelés száma: .....

**Ballon dilatáció:** igen / nem

ha igen:

Ballon típusa:.....

Tágítás hossza:.....(min)

Tágítás mértéke:.....

Ismételt tágításra szükség volt-e? Igen/nem ha igen: hányszor?.....  
Szövődmény fellépett-e? Igen/nem  
Szövődmény típusa? nyálkahártya sérülés/perforáció/láz/egyéb.....

**POEM:** igen / nem  
ha igen:  
Szövődmény fellépett-e? igen/nem  
ha igen, szövődmény típusa: .....  
Ismételt beavatkozás volt-e? igen/nem

**Heller myotomia:** igen/ nem  
ha igen:  
Funduplicatio típusa:.....  
Szövődmény fellépett-e? igen/nem  
ha igen, szövődmény típusa: perforáció/vérzés/egyéb.....  
Reoperációra szükséges volt-e? Igen/nem

**Kontroll nyelés RTG emisszió előtt:** igen/nem  
ha igen:  
Nyelőcső tágassága:.....(cm)  
Retenció mértéke:.....(cm)  
Cardia tágassága:.....(mm)

**9. Epikrízis, szövődmények** *(A hospitalizáció rövid összefoglalója, beleértve, hogy hogyan került a beteg a kórházba, klinikára, mi történt vele a bentfekvés alatt és milyen javaslattal és hová távozott (kontroll vizsgálat, műtét, stb.)*

**Szövődmény:** igen / nem  
ha igen: perforáció/nyálkahártya sérülés/ vérzés/láz/egyéb:.....

**Leírás:**

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