

1. Személyes adatok:

Taj-szám:.....

Név:.....

Születési dátum:.....

Telefonos elérhetőség:.....

Nem: Nő / Férfi

Rassz/etnikum: Fehér / Roma / Afro-amerikai / Indiai / Ázsiai / Egyéb:

Kapott írásos beleegyezőt? Igen / Nem

Dátum:.....

Ország:
Város:
Kórház:
Orvos:

2. Anamnézis/ rizikó faktorok

Szokások

Dohányzott valaha? igen / nem
ha igen:

Formája: cigaretta/ szivar/ szivarka/ pipa/ vizipipa/ reverz (fordított) dohányzás/ e-cigaretta/ egyéb: **(többszörös választás lehetséges)** Filteres/ nem filteres/N.a **(típusonként választandó egyesével)**

Dohányzás jelenleg: Igen / Nem
ha igen:

cigaretta/ szivar/ szivarka/ pipa/ vizipipa/ reverz (fordított) dohányzás/ e-cigaretta/ egyéb: (többszörös választás lehetséges)

Filteres/ nem filteres/N.a (rész típusonként töltendő)
mennyiség (szál v alkalom /nap):.....
Hány évig?
életkor első használatkor:.....

ha nem:
korábban dohányzott? igen / nem

ha igen: Forma: cigaretta/ szivar/ szivarka/ pipa/ vizipipa/ reverz (fordított) dohányzás/ e-cigaretta/ egyéb: (többszörös választás lehetséges)

Filteres/ nem filteres/N.a
mennyiség (szál v alkalom /nap):.....

A form

Hány évig?
életkor első használatkor:.....
Mennyi ideje hagyta abba?(év/hónap/hét/nap)

Használt valaha füstmentes dohány terméket? igen / nem

Ha igen:

Formája: dohány rágás/ tubákolás/ snüssz/ dip/ egyéb:.....

Jelenleg is használ? yes / no

ha igen:

Milyen formában: dohány rágás/ tubákolás/ snüssz/ dip/ egyéb:.....

gyakoriság: alkalmyszerűen / havonta / hetente / naponta/

száma:.....

hány éven át?

életkor első használatkor:.....

ha nem:

használt korábban? igen / nem

Milyen formában: dohány rágás/ tubákolás/ snüssz/ dip/ egyéb:.....

gyakoriság: alkalmyszerűen / havonta / hetente / naponta/

száma:.....

hány éven át?

életkor első használatkor:.....

alkohol fogyasztás jelenleg: igen / nem

ha igen: milyen formában: tömény (égetett) szesz/ bor/ sör /
egyéb:.....(többszörös választás)

gyakoriság: alkalmyszerű/havonta/hetente/naponta

mennyiség (g/nap):.....

mióta? (évek):.....

Utóbbi két héten alkohol fogyasztás:

ha nem:

korábban fogyasztott alkoholt? igen/nem

ha igen: milyen formában: tömény (égetett) szesz/ bor/ sör /
egyéb:.....(többszörös választás)

gyakoriság: alkalmyszerű/havonta/hetente/naponta

mennyiség (g/nap):.....

mióta nem fogyaszt alkoholt?

A form

Iránymutatás az alkoholfogyasztás becsléséhez:

1 dl sör (4.5 vol. %) = ~3.5 g alkohol

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

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

Koffein fogyasztás : Igen /Nem

Ha igen milyen formában? Kávé/ instant kávé/ Tea fekete/ Tea zöld/ Tea fehér/energia ital/ kóla/ koffein tablettá (többszörös választás)

Kávé: igen / nem

ha igen,

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis= egy eszpresszó vagy hosszú kávé)

Instant kávé: igen / nem

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis= egy csomag)

Tea: Igen / nem

ha igen típus: fekete / zöld / fehér / oolong

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis =2 dl)

Energia ital: igen / nem

ha igen:

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis = 2,5 dl)

Kóla: igen / nem

ha igen:

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis =3,3 dl)

Koffein tablettá: igen/nem

Ha igen,

ha igen:

milyen gyakran? alkalomszerűen/havonta/hetente/naponta
mennyiség?.....

(1 dózis =1 tablettá= 100 mg)

Kábítószer használat: igen/nem *Vényre felírt gyógyszerek nem.*

A form

ha igen: típus:.....
 mennyiség:.....
 mióta:.....
Ha nem: használt korábban? igen/nem
 ha igen: típus.....
 mennyiség/ alakalom.....
 mennyi ideig.....
 mennyi ideje hagyta abba.....

3. Általános betegségek és gyógyszerek:

Cardiovascularis betegségek:

Magasvérnyomás: igen/nem
 Ha igen: Diagnózis ideje (év).....

Szívrítmus zavar: igen/nem
 Ha igen: Diagnózis ideje (év).....

Érelmeszesedés: igen/nem
 Ha igen: Diagnózis ideje (év).....

egyéb CV betegség: igen / nem
 Ha igen: típus:.....
 Diagnózis ideje (év).....

CV betegségre szedett gyógyszerei:

Név:.....
hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
mennyiség: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
napi hányszor (pl.: 3):
Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
megjegyzés:

Krónikus fertőző betegségek

Hepatitis B: igen/nem
 ha igen: diagnózis ideje (év).....
 kezelés: igen/nem
 ha igen: gyógyszer neve:.....
 kezelés kezdete: (dátum)
 kezelés vége: (dátum)/jelenleg is tart

A form

Hepatitis C: igen/nem

ha igen: diagnózis ideje (év).....
kezelés: igen/nem
ha igen: gyógyszer neve:.....
kezelés kezdete: (dátum)
kezelés vége: (dátum)/jelenleg is tart
eredmény: SVR / nem reagál

HIV: igen/nem

ha igen: diagnózis ideje (év).....

HPV: igen/nem

ha igen: diagnózis ideje (év).....

Egyéb krónikus fertőző betegség: igen/nem

ha igen: Típusa:.....
diagnózis ideje (év).....

Fertőző betegségekre szedett gyógyszerek:

Név:.....
hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
mennyiség: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
napi hányszor (pl.: 3):
Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
megjegyzés:

Gyomor-bélrendszeri betegségek**GERD:** igen/nem

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

Crohn betegség: igen/nem

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

Colitis ulcerosa: igen/nem

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

IBD: igen/nem

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

Glutén érzékenység/Cöliákia: igen/nem

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

Laktóz érzékenység: igen/nem

A form

Ha igen: diagnózis ideje (év).....

Egyéb GI betegség: igen/nem

Ha igen: Milyen:

diagnózis ideje (év).....

GI betegségre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

mennyiség: g / mg / IU

ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....

napi hányszor (pl.: 3):

Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan

megjegyzés:

Endokrin betegségek:

Diabetes mellitus: igen/nem

Ha igen: Típus: I / II / IIIc / MODY

Diagnózis ideje (év).....

Pajzsmirigy betegség: igen/nem

Ha igen: hyperthyroidismus/hypothyroidismus/egyéb:.....

Diagnózis ideje (év).....

Egyéb endokrin betegség: igen/nem

Ha igen: Milyen:.....

Diagnózis ideje (év).....

Endokrin betegségre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

mennyiség: g / mg / IU

ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....

napi hányszor (pl.: 3):

Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan

megjegyzés:

Neurológiai és pszichiátriai betegségek

Epilepszia: igen/nem

ha igen: Diagnózis ideje (év).....

Depresszió: igen/nem

ha igen: Diagnózis ideje (év).....

Egyéb neurológiai vagy pszichiátriai betegség: igen/nem

ha igen: Milyen:.....

Diagnózis ideje (év).....

A form

Neurológiai és pszichiátriai betegségekre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....
 hatóanyag:.....
 dózis: (csak szám!)
 mennyiség: g / mg / IU
 ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
 napi hányszor (pl.: 3):
 Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
 megjegyzés:

Légúti betegség

Asthma: igen/nem
 ha igen: Diagnózis ideje (év).....

COPD: igen/nem
 ha igen: Diagnózis ideje (év).....

Egyéb légúti betegség: igen/nem
 ha igen: Milyen:.....
 Diagnózis ideje (év).....

Légúti betegségre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....
 hatóanyag:.....
 dózis: (csak szám!)
 mennyiség: g / mg / IU
 ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
 napi hányszor (pl.: 3):
 Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
 megjegyzés:

Rosszindulatú daganatos betegségek

Jelenlegi rosszindulatú betegség: igen/nem
 Ha igen: típus:.....
 Diagnózis ideje (év).....

Korábbi rosszindulatú betegség: igen/nem
 Ha igen: típus:.....
 Diagnózis ideje (év).....

Kapott valaha kemoterápiát? igen/nem
 ha igen: Mikor:..... Hány alkalommal:....., Aktív hatóanyag:.....

Kapott valaha sugárterápiát? igen/nem
 ha igen: mikor:....., dózis:.....alkalom:.....

A form

Kapott valaha immunterápiát? igen/nem

ha igen: mikor:....., hatóanyag:.....

Vesebetegség: igen/nem

ha igen: típus:.....

Vesebetegségre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

mennyiség: g / mg / IU

ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....

napi hányszor (pl.: 3):

Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan

megjegyzés:

Vérzési rendellenesség: Igen/Nem

ha igen: etiológia:..... (pl. veleszületett faktorhiány, gyógyszerhatás)

A véralvadási rendellenességre kapott gyógyszer(ek):

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

mennyiség: g / mg / IU

ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....

napi hányszor (pl.: 3):

Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan

megjegyzés:

Véralvadási rendellenességet okozó gyógyszerek:

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

mennyiség: g / mg / IU

ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....

napi hányszor (pl.: 3):

Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan

megjegyzés:

Szisztémás autoimmun betegségek igen/nem

ha igen: típus:..... Diagnózis ideje (év).....

szisztémás autoimmun betegségre szedett gyógyszer(ek):

Név:.....

hatóanyag:.....

dózis: (csak szám!)

A form

mennyiség: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
napi hányszor (pl.: 3):
Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
megjegyzés:

Csontritkulás igen/nem

Csontritkulásra, csontrendszerre ható gyógyszerek:

Név:.....
hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
mennyiség: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
napi hányszor (pl.: 3):
Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
megjegyzés:

Allergia igen/nem

ha igen mire:.....

Allergiára szedett gyógyszer(ek):

Név:.....
hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
mennyiség: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (e.g. 10%, 1g/2ml, etc.).....
napi hányszor (pl.: 3):
Alkalmazási mód: N/A / intravénás / orális / enterális / subcutan
megjegyzés:

Szájüregi betegségek:

visszatérő ajakherpesz: igen/nem
visszatérő aphták/fekélyek: igen/nem

4. szájüregi panaszok

Ez az első látogatás a lézió miatt klinikánkon? igen/nem

ha nem:

első látogatás ideje:(dátum)

Történt a lézióból korábban biopszia? igen/nem

ha igen: dátum:.....

Történt korábban nem sebészi terápia? igen/nem

ha igen:

típus (többszörös választás): antifungális / retinoid / dezinfekció /
egyéb:.....

alkalmazás módja (minden terápia esetén külön):

A form

lokális / szisztémás
hatóanyag:.....
terápia ideje:nap/hét/hónap/év

ha igen:

Ön vette észre az elváltozást? igen/nem

ha nem: ki vette észre? fogorvos / háziorvos / egyéb orvos/ egyéb:.....
beutalás/diagnózis ideje:.....

ha igen:

mikor vette észre?(dátum)

Nőtt/terjedt a lézió a diagnózis az észlelés óta? igen/nem

Volt bármilyen a lézióhoz kapcsolódó tünete? igen/nem

ha igen: milyen (többszörös választás): fájdalom / diszkomfort / vérzés / rossz
lehellet/ egyéb:.....

Jelen panaszok:

Fájdalom: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Égő érzés: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Diszkomfort: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Viszketés: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Szájszárazság: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Rossz lehellet: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Ízérzés zavarok: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Fogínyvérzés fogmosáskor: igen/nem

A form

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Nyelési nehézség: igen/nem

ha igen: erősség: enyhe/ moderált / súlyos

Egyéb: igen/nem

ha igen: milyen:..... erősség: enyhe/ moderált / súlyos

5. Vizsgálat:

Extraorális:

Fej-nyaki nyirokcsomók:

Palpatio: pozitív/negatív

ha pozitív: lokalizáció (többszörös választás):
submentalis

submandibulararis: bal/jobb

felső jugularis: bal/jobb

középső jugularis: bal/jobb

supraclavicularis: bal/jobb

paratrachealis

posterior triangularis: bal/jobb

Tapintott nyirokcsomó(k) tulajdonságai:

Felszín: síma/ egyeletlen

Mobilitás: mobil/fix

fájdalmas/ nem fájdalmas

puha/ kemény

Méret:..... mm x..... mm

Intraoralis vizsgálat:

lokalizáció: (érintett területek jelölése)

Bucca: bal/jobb/mindkettő

Palatum durum: bal/jobb/mindkettő

A form

Paltum molle: bal/jobb/mindkettő

Gingiva: felső/alsó, vestibularis/oralis, fogatlan/fogas, laterális régió/ front régió

Nyelv: dorsalis/ventralis/lateralis oldal: bal/ jobb

Sub és paralingualis terület: bal/ jobb/ mindkettő

Retromolaris háromszög: bal/jobb

Arcus palatoglossalis: bal/jobb

Arcus palatopharyngealis: bal/jobb

Uvula

Ajak: felső/also/mindkettő, bal/jobb/mindkettő, vermillon határon túl: igen/nem,

ajakzug: bal/jobb

Szín (többszörös választás)

piros/fehér/barna/kék/sárga/ egyéb:

Szám:

önálló/többszörös

Méret: (érintett terület mérete, ha több)

mm x mm

Határok:

jól felismerhető/rosszul demarkált

Alak:

szabályos/szabálytalan

Konzisztencia:

puha/tömött

Felszín

macula (lapos)/ besüppedő / kiemelkedő (plaque szerű)

homogén /inhomogén

Tapintásra érzékeny: igen/nem

Fogazat (többszörös választás)

A form

intakt
részleges fogatlanság (felül/alul)
teljes foagtlanság (felül/alul)
amalgam tömés(ek)
esztétikus tömés(ek)
fémkerámia koronák/hidak
full kerámia restaurációk
RKF (műanyag-fém)
TKF (műanyag)
Implantátum(ok)
Aktív caries(ek):

gingivitis

parodontitis

szájhygiéné kitűnő/jó/rossz/teljesen elhanyagolt

(kitűnő: nincs fogkő, plakk; jó: kevés fogő és/vagy plakk supragingiválisan predilekciós helyeken; rossz: supra és subgingivalis plakk és fogkő több területen, de a fogak síma felszíneit és occlusalis felszínén nem, teljesen elhanyagolt: a fogak teljes supragingivalis felületét borító fogkő és vagy plakk)

Kép a lézióról, léziókról:

Speciális fény alapú detektációs módszer: igen/nem

ha igen: a használt rendszer típusa:.....

pozitív/negatív

ha pozitív kép:

vitál festés: igen/nem

ha igen: toluidin kék / methylen kék / jód alapú/ egyéb:.....

pozitív/negatív

ha pozitív: kép:

A form

6. Vérvizsgálat: Igen / Nem

ha igen:

Gyulladásos paraméterek:

We:..... mm/óra

CRP:..... mg/l

Sejtes komponensek:

Haematocrit:%

VVT:..... millio/ μ l

Tct: / μ l

Leukocyta:...../ μ l

Neutrophil granulocyta:/ μ l

Lymphocyta:...../ μ l

Vörösvértest:

Haemoglobin:.....g/dl

MCV:.....fl

MCH:.....pg

MCHC:.....g/dl

Metabolizmus:

se-glükóz:.....mmol/l

HbA1C:.....%

se-urea:..... μ mol/l

se-triglycerid:.....mmol/l

se-cholesterin:.....mmol/l

LDL:.....mmol/l

HDL:.....mmol/l

Creatinin:..... μ mol/l

7. Terápia:

Sebészi: igen/nem

A form

ha igen: **Biopszia:** igen/nem

ha igen: incíziós/excíziós

lézer ablatio: igen/nem

egyéb: igen/nem

ha igen milyen:.....

nem sebészi:

Gyógyszer: igen/nem

ha igen:

retinoidok: igen/nem

ha igen: Gyógyszer neve:.....
Hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
unit: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (pl.: 10%, 1g/2ml,
stb.).....
napi hányszor (pl. 3):
Alkalmazás módja: lokális/szisztémás
egyéb:

antifungális terápia: igen/nem

if yes: lokális/szisztémás

Gyógyszer neve:.....
Hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
unit: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (pl.: 10%, 1g/2ml,
stb.).....
napi hányszor (pl. 3):
Alkalmazás módja: lokális/szisztémás
egyéb:

lokális antiszeptikum: igen/nem

Gyógyszer neve:.....
Hatóanyag:.....

A form

dózis: (csak szám!)
unit: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (pl.: 10%, 1g/2ml,
stb.).....
napi hányszor (pl. 3):
egyéb:

Egyéb : igen/nem

Gyógyszer neve:.....
Hatóanyag:.....
dózis: (csak szám!)
unit: g / mg / IU
ha folyadék koncentráció (pl.: 10%, 1g/2ml,
stb.).....
napi hányszor (pl. 3):
adminisztráció módja: N/A / intravénás/ orális / enterális /
subcutan
egyéb:

8. Epikrízis

1 hét elteltével

Kapcsolattartás: telefon / személyes (rendelői vizit)

Operatív beavatkozáshoz kapcsolódó szövődmény:

fájdalom: igen/nem

vérzés: igen/nem

komplikációk és adverz hatások a gyógyszerekkel kapcsolatban:

ízérzés zavar: igen/nem

égő érzés: igen/nem

más lokális érzet: igen/nem

ha igen: leírás:

hasmenés: igen/nem

Hányás: igen/nem

egyéb: igen/nem

A form

ha igen: leírás:.....

Elhalálozás: igen/nem

ha igen: mikor:

etiológia: szájüregi daganat következménye/ egyéb:.....