

B form

1. Páciens személyes adatai

Taj-szám:.....
Név:.....
Dátum:.....
Vizit száma:

Ország:
Város:
Kórház:
Orvos:

2. Változás a panaszokban:

Fájdalom: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Égő érzés: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Diszkomfort: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Viszketés: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Szájszárazság: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Rossz lehelet: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Rossz íz érzet: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Vérzés fogmosáskor: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Nyelési nehézség: nincs tünet / nincs jelentős változás / megszűnt / javult / rosszabodott
Új panasz: Igen/nem
 ha igen milyen:.....
 Súlyosság: enyhe/mérsékelt/súlyos

3. Anamnézis/ rizikó faktorok

Szokások

Változott a dohányzási szokása a legutóbbi megjelenése óta? igen / nem
 ha nem: továbbra sem dohányzok/ továbbra is azonos mennyiségű és típusú
 ha igen: (többszörös változás)
 teljes leszokás
 csökkentett mennyiség azonos típus:..... filteres/nem filteres/N.a;
 szál v alkalom/nap
 emelkedett mennyiség azonos típus: filteres/nem filteres/N.a;
 szál v alkalom/nap
 más típus(ok) alkalmazása: filteres/nem filteres/N.a;
 szál v alkalom/nap

B form

Változtatott a füstmentes dohány termékek használatán legutóbbi megjelenése óta?

igen / nem

ha nem: továbbra sem használlok/ továbbra is azonos mennyiségűt és típusút használlok

ha igen: (többszörös változás)

teljes leszokás

csökkentett mennyiség azonos típus:.....; alkalom/nap

emelkedett mennyiség azonos típus:; alkalom/nap

más típus(ok) alkalmazása: ; alkalom/nap

Változtatott az alkohol fogyasztási szokásain legutóbbi megjelenése óta?

ha nem: továbbra sem fogyasztok/ továbbra is azonos mennyiségűt és típusút

fogyasztok

ha igen: (többszörös változás)

teljes leszokás

csökkentett mennyiség azonos típus:.....; g/nap

emelkedett mennyiség azonos típus:; g/nap

más típus(ok) alkalmazása: ; g/nap

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

Változtatott a koffein fogyasztási szokásain a legutóbbi megjelenés óta? Igen /Nem

ha nem: továbbra sem fogyasztok/ továbbra is azonos mennyiségűt és formában

fogyasztok

ha igen: (többszörös változás)

teljes leszokás

csökkentett mennyiség azonos típus:.....; dózis/nap

emelkedett mennyiség azonos típus:; dózis/nap

más típus(ok) alkalmazása: ; dózis/nap

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

ha igen: típus:.....

mennyiség:.....

mióta:.....

4. Általános betegségek és gyógyszerek:

Változás a betegségekben: igen/nem

Változás a gyógyszerekben: igen/nem

Cardiovascularis betegségek:

B form

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

Szívritmus 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

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

B form

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
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:

B form

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).....

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

B form

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 rosszindulató 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:.....

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:

B form

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!)
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

B form

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

5. Vizsgálat:

Extraorális:

Fej-nyaki nyirokcsomók:

változás a korábbi vizsgálatához képest: Igen/Nem, ha igen (többszörös változás):

submentalis

submandibulararis: bal/jobb

felső jugularis: bal/jobb

középső jugularis: bal/jobb

supraclavicularis: bal/jobb

paratrachealis

posterior triangularis: bal/jobb

Tapintott nyirokcsomó(k) tulajdonságai:

B form

Felszín: síma/ egyeletlen

Mobilitás: mobil/fix

fájdalmas/ nem fájdalmas

puha/ kemény

Méret:..... mm x..... mm

Intraorális lézió:

Korábban kimetszett lézió megjelenése a korábbival megegyező területen (visszatérő):
igen/nem, ha igen leírás az A forma alapján:

Új lézió egy korábban nem érintett területen: igen/nem, ha igen leírás az A form
alapján:

lokalizáció: (érintett területek jelölése)

Bucca: bal/jobbs/mindkettő

Palatum durum: bal/jobbs/mindkettő

Palatum molle: bal/jobbs/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/jobbs

Arcus palatoglossalis: bal/jobbs

Arcus palatopharyngealis: bal/jobbs

Uvula

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

Szín (többszörös választás)

piros/fehér/barna/kék/sárga/ egyéb:

Szám:

önálló/többszörös

Méret: (érintett terület mérete, ha több)

B form

mm x mm

Határok:

jól felismerhető/rosszúl demarkált

Alak:

szabályos/szabálytalan

Konzisztencia:

puha/tömött

Felszín

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

homogén /inhomogén

Tapintásra érzékeny: igen/nem

Változás a ki nem metszett lézióban:

lézió növekedése: igen/nem, ha igen: új méret: mm x mm

Szín vagy mintázat változása: igen/nem, ha igen milyen:

Alak változás: igen/nem

Határo kváltozása: igen/nem (jól körülhatároltból kevésbé vagy nem demarkált)

Konzisztencia változás: igen/nem ha igen leírás:

Homogenitás változása: igen/nem, ha igen leírás:

Kép a lézióról/léziókról (változás jelenlététől függetlenül)

vitális festés: pozitív/ negatív/ nem történt; ha történt kép:

6.Fogazati státusz:

depurálás, polírozás történt: igen/nem

száj higiéne javult? igen/nem

eltávolított amalgám tömés: igen/nem ha igen: összes cserélve: igen/nem

kezelt caries: igen/nem , ha igen: caries teljesen szanálva? igen/nem (kiv. incipiens)

Góc: negatív/pozitív oka:

B form

A fogászati rehabilitáció teljes? igen/nem
/nincs góc, restaurációk tisztíthatók, nincs caries, fogkő, nincs 4mm feletti szondázási érték/

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:

B form

Sebészi: igen/nem

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

B form

Gyógyszer neve:.....
Hatóanyag:.....
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

B form

Hányás: igen/nem

egyéb: igen/nem

ha igen: leírás:.....

Elhalálozás: igen/nem

ha igen: mikor:

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