

1. AZONOSÍTÁS ÉS DEMOGRÁFIAI ADATOK

Tajszám:

Név:

Születési dátum (év/hónap/nap):.....

Nem: nő / férfi

Etnikai csoport:

- kaukázusi (Europa, India, Pakisztán, Afganisztán, Arábia, Észak-Afrika, Közel-Kelet, ...)
- Szub-Szahara Afrika
- Egyéb:

Kikérdezés időpontja (év/hónap/nap):.....

Diagnózis időpontja (év/hónap/nap):.....

Hasi panaszok kezdete (év/hónap):.....

Megjelenés módja: ambuláns/fekvőbeteg

Beleegyező: igen/nem/nincs adat

GENIEUR beleegyező: igen/nem/nincs adat

Legmagasabb képzettség:

- általános iskola
- középiskola
- felsőfokú végzettség

Munka-státus:

- fő állásban dolgozó
- részállásban dolgozó
- hallgató
- fő állásban „háztartásbeli”
- munkanélküli
- munkaképtelen legalább 1 hónapja de maximum 1 éve
- munkaképtelen több, mint 1 éve
- nyugdíjas

2. KLINIKAI ADATOK

Római IV. kritériumok:

Visszatérő **hasi fájdalom**: igen / nem/ nincs adat

Ha igen:

Mióta jelentkezik a visszatérő hasi fájdalom: kevesebb, mint 3 hónapja / több, mint 3 hónapja?

Ha több, mint 3 hónapja:

Az elmúlt 3 hónapban **milyen gyakran fáj a hasa**: átlagosan hetente legalább egy napon / kevesebb, mint egy napon?

Az alábbiak közül **mely panasz(ok) társulnak** a hasi fájdalomhoz (több is megjelölhető):

Székletürítéssel kapcsolatos / Változás a széklet gyakoriságában / Változás a széklet állagában?

Mióta tartanak a fenti panaszok: kevesebb, mint 3 hónapja / több, mint 3 hónapja?

A **panaszok kezdete és az IBS diagnózisa közt eltelt idő**: kevesebb, mint 6 hónap / több, mint 6 hónap?

Római III. kritériumok:

Visszatérő **hasi fájdalom vagy dyscomfort**: igen / nem / nincs adat

Ha igen:

Mióta jelentkezik a visszatérő hasi fájdalom vagy dyscomfort: kevesebb, mint 3 hónapja / több, mint 3 hónapja?

Ha több, mint 3 hónapja:

Az elmúlt 3 hónapban **milyen gyakran fáj a hasa**: legalább 3 nap havonta / kevesebb, mint 3 nap havonta?

Az alábbiak közül társul-e valamelyik a hasi fájdalomhoz (több is megjelölhető):

- széklet ürítéssel javul;
- kezdete összefügg széklet gyakoriság változással;

- kezdete összefügg széklet állag változással.

Mióta tartanak a fenti panaszok: kevesebb, mint 3 hónapja / több, mint 3 hónapja?

A **panaszok kezdete és az IBS diagnózisa közt eltelt idő**: kevesebb, mint 6 hónap / több, mint 6 hónap?

Egyéb tünetek (Róma II. kritériumok)

Jelölje meg azokat, amelyek igazak Önre:

- abnormális **széklet gyakoriság** (Ritkább: kevesebb, mint 3-naponta / Gyakoribb: több, mint napi 3)
 - gyakoribb
 - ritkább
- abnormális **széklet állag**
 - túl laza
 - túl kemény
- abnormális **széklet ürítés**: feszítés / urge (sürgető székelési inger) / nem teljes kiürülés érzés
- nyák** ürülés: igen / nem / nincs adat
- puffadás, hasfeszülés**: igen / nem / nincs adat
- flatulencia** (szelek): igen / nem / nincs adat

Alkoholfogyasztás

igen / nem / nincs adat

Ha **igen**:

Gyakoriság: alkalmanként / havonta / hetente / naponta

Mennyiség alkalmanként (gramm):

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

Az elmúlt két hétben fogyasztott alkohol összes mennyisége (gramm):

Hány éve?

Dohányzás

igen / nem / nincs adat

Ha **igen**:

Mennyiség (cigaretta/nap):

Hány éve:

Kávéfogyasztás:

igen / nem / nincs adat

Ha **igen**:

Mennyisége (adag/nap):

Drogfogyasztás

igen / nem / nincs adat

Ha **igen**:

Drog mennyisége:








Megnevezése:

Hány évig:

Székelési pattern:

- Széklet gyakorisága: ____/hét.
- Széklet állaga (Bristol skála alapján, 1-7): _____

Bristol széklet-skála

1-es típus		Különálló, kisméretű bogyók (nehéz üríteni)	Székrekedésre utaló széklet
2-es típus		Alakja hurkaszzerű, felszíne göröngyös	
3-as típus		Formált, alakja hurkaszzerű, felszíne struktúrált	Normál széklet
4-es típus		Formált, alakja virsliszzerű, képlékeny, felszíne sima	
5-ös típus		Lágy, amorf, darabos, széle jól körülhatárolt (könnyű üríteni)	Hasmenéses széklet
6-os típus		Részben híg, részben darabos, pépszerű széklet	
7-es típus		Vizes, nincs szilárd része TELJESEN FOLYÉKONY	Kifejezetten hasmenéses széklet

Panaszt provokáló tényezők (több is megjelölhető):

- étkezés
- stressz
- egyéb: _____

A tünetek első megjelenésekor volt-e az alábbiak közül (több is megjelölhető):

- gasztrointesztinális fertőzés
- egyéb fertőzés: _____
- stressz szituáció / pszichés trauma
- antibiotikum szedés
- nem egyértelmű az ok

Az első hasi panaszok kezdete:

- akut
- fokozatosan kialakuló
- nem emlékszik

Hasi panaszok gyakorisága:

- kevesebb, mint heti 1 napon
- heti 1-2 napon
- több, mint 3 napon hetente
- minden nap

ALARM TÜNETEK (több is megjelölhető)

- anaemia: igen / nem / nincs adat. Ha **igen**: hemoglobin érték:.....)
- > 45 éves kor: igen / nem / nincs adat
- akaratlan fogyás (>4,5 kg / 3 hónap): igen / nem / nincs adat
- rectalis vérzés: igen / nem / nincs adat
- colorectalis (vastagbél / végbél) rák a családban: igen / nem / nincs adat
- láz: igen / nem / nincs adat

ALARM TÜNETEK ESETÉN COLONOSCOPIA SZÜKSÉGES!

Diagnózis

- Hasmenéses típusú IBS (IBS-D)
- Székrekedéses típusú IBS (IBS-C)
- Kevert típusú IBS (IBS-M / IBS-A)
- Nem besorolható IBS (IBS-U)

Étrendi adatok:

Követ-e diétás megszorítást? igen / nem / nincs adat

Ha igen, melyiket:

- glutén-mentes
- vegetariánus
- vegan
- lactóznemtes
- alacsony szénhidrát-magas zsír tartalom

- alacsony FODMAP (FODMAP: Fermentable, Oligo-, Di-, Mono-saccharides and Polyols)
- Egyéb: _____

Kerül-e bizonyos ételeket? igen / nem / nincs adat

Ha igen, mely ételeket:.....

Szed-e **pre-/probiotikumot**? igen / nem / nincs adat

Ha igen:

Probiotikum megnevezése: _____

Mennyi ideig szedte? <10 nap / 10-14 nap / >14 nap

Kórelőzmény:

- vakbél eltávolítás (appendectomy): igen / nem / nincs adat
- epehólyag eltávolítás (cholecystectomy): igen / nem / nincs adat
- fibromyalgia: igen / nem / nincs adat
- egyéb hasi műtét: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, milyen műtét:.....
- pszichiátriai betegség: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, milyen betegség:.....
- allergia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:**
 - csak bőrtünet
 - asthma
 - bélrendszeri (enteralis) tünet
 - ismert ételallergia

Egyéb betegség: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** Diagnózis éve:.....

Megnevezése:.....

Családi anamnézis:

(anya, apa, anyai nagymama, anyai nagypapa, apai nagymama, apai nagypapa, lánytestvér, fiútestvér, lánygyermek, fiúgyermek, egyéb-megnevezni)

- Colorectalis rák: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, kinél: _____
- Gyulladásos bélbetegség: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, kinél: _____

- Van ikertestvére: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, van-e gasztrointesztinális tünete: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, milyen tünete van:.....
- Első fokú rokonnál gasztrointesztinális tünet: igen / nem / nincs adat. **Ha igen**, kinél: _____, milyen tünet:.....

Fizikális paraméterek

- Testsúly (kg):
- Testmagasság (m):
- BMI (testtömeg index, kg/m²):
- Vérnyomás (systolés/diastolés, Hgmm):

Gyógyszeres anamnézis: igen / nem / nincs adat

Ha igen:

Milyen gyógyszereket szed (gyógyszer neve, hatóanyaga, egyszeri dózis (mértékegység vagy koncentráció), napi hányszor, mióta (kezdet-leállás), indikáció?)

ELVÉGZETT VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI:

Vérvizsgálat útján bizonyítást nyert (több is megjelölhető):

- Normál CRP (C reaktív protein)
- Normál Hgb (hemoglobin)

- Normál TSH
- Hasmenéses IBS esetén normál tTG (szöveti transzglutamináz)

Széklelet vizsgálat: igen / nem / nincs adat

Ha igen:

Bakteriológia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** Vizsgálat dátuma:.....
Eredménye:.....

Parazitológia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** Vizsgálat dátuma:.....
Eredménye:.....

- Hasmenéses IBS esetén Giardiasis negatív: igen / nem / nincs adat

Clostridium difficile vizsgálat: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** Vizsgálat dátuma:.....
Eredménye: pozitív / negatív / nincs adat

Calprotectin vizsgálat: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** Vizsgálat dátuma:.....
Értéke:..... ug/g. Zóna:.....

Értéke:

<30 ug/g **negatív**

30-50 ug/g **szürke zóna**

50-200 ug/g **jelzetten pozitív**

>200 ug/g **erősen pozitív**

Laktóz H2 kilégzési teszt: igen / nem / nincs adat

Ha igen:

dátum (___/___/___)

- Laktóz intolerancia negatív
És/vagy
- tünetek javulnak laktózmentes étrend mellett (6 hétig)-ha igen, kizárás
- tünetek megszűnnek laktózmentes étrend mellett (6 hétig)-ha igen, kizárás

Endoscopia: igen / nem / nincs adat

Ha igen:

- Felső panendoscopia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** dátum:.....

- Panaszait magyarázó eltérés: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:**
Eltérés:_____
- Colonoscopia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** dátum:.....
- Panaszait magyarázó eltérés: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:**
Eltérés:_____
- Sigmoidoscopia: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:** dátum:.....
- Panaszait magyarázó eltérés: igen / nem / nincs adat. **Ha igen:**
Eltérés:_____