

## 1. Személyes adatok

TAJ szám:.....

Név:.....

Születési dátum:.....

Telefonszám:.....

Nem:           Nő / Férfi (EV)

Ország:

Város:

Intézmény:

Doktorkód:

Vérminta kódja:

Vérminta vétel ideje:

## 2. Endoszkópos beavatkozás

Beavatkozás időpontja.....(év, hónap, nap)

Jelenleg bentfekvő a beteg? igen / nem / nincs adat

Ha igen, hol kezelik? .....(belgyógyászat/sebészet/ITO)

Technikailag sikeres stent implantáció történt a beavatkozás során? igen/nem (EV)

Milyen típusú stent implantációja történt?

műanyag pigtail, lumen apposing metal stent, epeúti fémstent, fully-covered öntáguló fémstent, egyéb:

Stent típusának pontos megadása: Hot Axios, Nagi, Changzou Heal Med. Device, egyéb..... (EV)

Történt mintavétel mikrobiológiai tenyésztésre a WOPN-ből? igen / nem (EV)

Milyen kórokozó tenyésztett ki a WOPN-ből vett mintából? .....

.....

Necrectomia történt a beavatkozás során?

igen/nem (EV)

részleges/teljes (EV)

Nasocysticus drain levezetésre került? igen / nem (EV)

Ha igen, ezen keresztül milyen öblítést alkalmaztak?

antibiotikum..... (TV)

antibiotikum hatóanyaga:.....

infúziós oldat típusa: .....

Ha igen, hány napig? .....(nap)

**Más időpontban történt további necrectomia?**igen / nem **(EV)**

Ha igen, hányszor?.....(darab)

mikor? .....(év, hónap, nap)

**Nasocysticus drain történt-e?.....(igen/nem)**

Ha igen, hány napig? ..... (napok száma)

**Azonnali szövődmények:**Mortalitás?.....igen/nem **(EV)**

ha igen: pontos ideje: .....(év, hónap, nap, óra, perc)

oka:.....

Szervi elégtelenség:.....igen/nem/nincs adat **(EV)**ha igen:.....tüdő /szív/ vese /egyéb **(EV)**Vérzés:.....igen/nem **(EV)**ha igen, intervenciót igényelt-e? ?.....igen/nem **(EV)**Perforáció:.....igen/nem **(EV)**ha igen, intervenciót igényelt-e? ?.....igen/nem **(EV)**Stent migráció: .....igen/nem **(EV)**

Kórházi ápolás ideje az endoszkópos drenázs után:.....(nap)

Intenzív osztályos észlelés:.....(nap)

Egyéb szövődmények:.....

**Stent eltávolítás endoszkóposan vagy spontán történt? **(EV)******Stent eltávolítás időpontja:** .....(év, hó, nap)**Stent eltávolításakor WOPN mérete:**..... (cm)