

Személyes adatok

TAJ szám:.....
 Név:.....
 Születési dátum:.....
 Születési hely:.....
 Telefonszám:.....

Ország:
 Város:
 Intézmény:
 Doktorkód:
 Vérv kód:

1. **Hasi UH:**igen /nem

Ha igen, **A képkalkotó vizsgálat időpontja:**.....

A vizsgálatot kérő orvos neve:.....

Indikáció: acut / tervezett vizsgálat

Eredménye: negatív / kóros eltérés

Ha volt kóros eltérés, annak megnevezése: szabad hasi folyadék / bélfalmegvastagodás / tályog / konglomerátum / májeltérés / egyéb (pl.: daganat)

Ha volt bélfalmegvastagodás, annak helye: gyomor /duodenum/ vékonybél/ coecum/colon ascendens/ colon transversum/ colon descendens/ sigmabél / rectum

Ha volt májeltérés, megnevezése: epeúttágulat / diffúz májparenchymalézió
 lelet feltöltése

2. **Röntgen:** igen /nem

Ha igen, **A képkalkotó vizsgálat időpontja:**.....

A vizsgálatot kérő orvos neve:.....

Indikáció: acut / tervezett vizsgálat

Eredménye: negatív / kóros eltérés

Ha volt kóros eltérés, annak megnevezése: perforatio /ileus / tályog /passage zavar/
 egyéb (pl.: daganat)

lelet feltöltése

3. **CT:** igen /nem

Ha igen, **A képkalkotó vizsgálat időpontja:**.....

A vizsgálatot kérő orvos neve:.....

Indikáció: acut / tervezett vizsgálat

Eredménye: negatív / kóros eltérés

Ha volt kóros eltérés, annak megnevezése: szabad hasi folyadék / bélfalmegvastagodás / tályog / konglomerátum / májeltérés / egyéb (pl.: daganat)

Ha volt bélfalmegvastagodás, annak helye: duodenum/ vékonybél/ coecum/colon ascendens/
 colon transversum/ colon descendens/ sigmabél / rectum

Ha volt májeltérés, megnevezése: epeúttágulat / diffúz májparenchymalézió

Enterographia/enteroklysis történt-e: igen /nem

ha igen, eredménye:

lelet feltöltése

4. **MR:** igen /nem

Ha igen, **A képkalkotó vizsgálat időpontja:**.....

A vizsgálatot kérő orvos neve:.....

Indikáció: acut / tervezett vizsgálat

Eredménye: negatív / kóros eltérés

Ha volt kóros eltérés, annak megnevezése: szabad hasi folyadék / bélfalmegvastagodás / tályog / konglomerátum / májeltérés / egyéb (pl.: daganat)

Ha volt bélfalmegvastagodás, annak helye: duodenum/ vékonybél/ coecum/colon ascendens/ colon transversum/ colon descendens/ sigmabél / rectum

Ha volt májeltérés, megnevezése: epeúttágulat / diffúz májparenchymalézió
Enterographia/enteroklysis történt-e: igen /nem

ha igen, eredménye:
lelet feltöltése

5. **MRCP:** igen /nem

Ha igen, **A képkalkotó vizsgálat időpontja:**.....

A vizsgálatot kérő orvos neve:.....

Indikáció: acut / tervezett vizsgálat

Eredménye: negatív / kóros

Ha kóros: PSC intrahepaticusan/ PSC extrahepaticusan /krónikus
pancreatitis/ Cholangiocarcinoma/ egyéb

lelet feltöltése

Javaslatok az elvégzett vizsgálat után:

A beteg otthonába bocsátható? igen /nem

ha nem, **osztályos felvétel indoka?** súlyos aktivitás / tályog / perforatio / egyéb:.....

ha igen,

- **kellett-e a jelenleg szedett gyógyszer valamelyikének dózisait módosítani?** igen / nem
ha igen : dózisemelés / dóziscsökkentés
melyik gyógyszer adagolását kellett módosítani?.....
gyógyszer új dózisa?.....
adagolás..... (naponta/hetente)
mértékegység: g, mg, NE
- **szükség volt- e az eddig szedett gyógyszerek valamelyikének elhagyására?** Igen/ nem
ha igen, gyógyszer neve :.....
gyógyszer elhagyásának oka: mellékhatás / intolerancia / infúziós reakció / primer
hatástalanság / másodlagos hatástalanság / finanszírozási okok/ egyéb.....
- **szükség volt- e új gyógyszer (ek) bevezetésére?** Igen/ nem
ha igen, gyógyszer neve :.....
hatóanyaga:
dózisa:.....
mértékegység: g / mg / NE / tasak / darab)
adagolás..... (naponta/hetente)
a beadás módja:(intravénás / per os / kúp / beöntés)
egyéb megjegyzés:
gyógyszer bevezetésének oka: betegség aktivitása / az eddig szedett gyógyszerek
hatástalansága / beteg panaszai indokolták / másik alkalmazott gyógyszerrel szembeni
intolerancia (gyógyszerváltás)/ fistula kialakulása

- **szükség lesz-e egyéb tervezett beavatkozás elvégzésére a következő 12 hónapban?**
Igen/nem

ha igen, milyen nem gyógyszeres beavatkozásra van szükség? Műtét / drainage / seton/
endoszkópos tágitás / Felső endoszkópia /alsó endoszkópia

1. Beavatkozás, megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....

2. Beavatkozás, megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....

- **szükség lesz-e valamilyen képkötő vizsgálat elvégzésére a következő 12 hónapban?**
Igen/nem

ha igen, milyen képkötő vizsgálat elvégzésre lesz szükség? endoszkópia/ hasi UH
vizsgálat/ MR / CT /EUH / ERCP /MRCP /DEXA /rtg

1. Képkötő vizsgálat megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....

2. Képkötő vizsgálat megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....