

**Személyes adatok**

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

Ország:  
 Város:  
 Intézmény:  
 Doktorkód:  
 Vérkód:

**1. IBD-vel nem kapcsolatos műtét:** igen/nem

ha igen, műtét időpontja:.....  
 műtétet indikáló / végző orvos neve:.....  
 Időzítés: acut (<8 óra) / sürgős (<24h) / elektív  
 Műtéti leírás: .....(csatolandó)  
 Szövegtan:.....

**2. IBD-vel kapcsolatos műtét:** igen /nem

ha igen, műtét időpontja:.....  
 műtétet indikáló orvos neve:.....  
 műtétet elvégző orvos neve:.....

Időzítés: acut (<8 óra) / sürgős (<24h) / elektív

**Indikáció** (dátum megjelölésével):

Terápiarezisztens betegség / Obstrukció / fistula / tályog drenázs / Perforáció/  
 Masszív vérzés / Fulmináns betegség /Carcinoma, dysplasia/ egyéb

**Műtét típusa:** Proctocolectomia + IPAA / proctocolectomia + ileostoma / jobb oldali  
 hemicolectomia + ileumresectio / segmentális resectio (resectio pontos  
 helye:.....)/ stricturo-plastica /tályogfeltárás / fistulotomia (ha igen,  
 sipolyok száma:....) /seton (ha igen: seton száma:.....)

**Műtéti leírás:**.....  
 Szövegtan:

**Reoperáció szükséges volt-e?** igen /nem

**Korai szövődmények (műtét utáni 3 napon belül):** nincs / vérzés / anastomosis insufficiencia/ egyéb  
**Késői szövődmények (műtét után 1 héttel vagy később):** nincs / vérzés / anastomosis insufficiencia /  
 /egyéb

## Javaslatok

**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 dózisát 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 képalkotó vizsgálat elvégzésére a következő 12 hónapban?**  
 Igen/nem  
 ha igen, milyen képalkotó vizsgálat elvégzésre lesz szükség? endoszkópia/ hasi UH vizsgálat/ MR / CT /EUH / ERCP /MRCP /DEXA /rtg  
 1. Képalkotó vizsgálat megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....  
 2. Képalkotó vizsgálat megnevezése:..... előjegyzett időpontja:.....