

P form – Oltás follow-up

1. Személyes adatok

TAJ szám:

Név:

Kontroll dátuma és ideje:.....

Megjelent a beteg? Igen/nem

Ha nem:

oka: meghalt / no compliance / nem elérhető / nem jelent meg / nem tud eljönni (távolság, egészségügyi okok miatt stb.) / jelenleg kórházban fekszik COVID fertőzés miatt / jelenleg kórházban fekszik más okból / egyéb:....

ha meghalt: **COVID fertőzés vagy szövődmény miatt?** Igen / nem

2. Változás az anamnézisben

2.1 Életmód

Alkoholfogyasztás: igen / nem / nincs adat

ha igen:

Gyakoriság? alkalmanként / havonta / hetente / napi

Mennyiség? (g / nap):

Mióta? (évek):.....

Alkoholfogyasztás az elmúlt 2 hétben?.....

ha nem:

Korábban ivott alkoholt? igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Gyakoriság? alkalmanként / havonta / hetente / naponta

Mennyiség? (g / alkalom):

Hány évig?

Mennyi ideje hagyott fel az alkoholfogyasztással?.....

Útmutató az összeg becsléséhez:

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

Dohányzás: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Mennyiség? (cigaretta / nap):

Hány évig?

ha nem:

Dohányzott korábban? igen /nem/nincs adat

ha igen:
Mennyiség? (db/alkalom).....
Hány évig?
Milyen régen hagyta abba?.....

Drogfogyasztás: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
A drog megnevezése?
Mennyiség?.....
Hány évig?

Testmozgás:
Szokott rendszeresen fél órát meghaladó fizikai aktivitást végezni?
 igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Gyakorisága? naponta, hetente többször, hetente egyszer, havonta, ritkábban mint havonta
Szabad levegőn/ zárt térben?
Típusa? séta / futás / úszás / edzőterembe járok / jóga / biciklizés / falmászás /küzdősport / tánc /
 kertészkedés / labdajáték / egyéb.....
Egy alkalom időtartama?..... perc

2.2 Társbetegségek

Cukorbetegség/Diabetes mellitus: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Típusa? I. típusú / II. típusú / III. /MODY/ nincs adat
A diagnózis dátuma (év)?.....

Magas vérnyomás/Hipertónia: igen / nem/ nincs adat,
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**.....

COPD: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**

Asztma: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Cisztás fibrózis: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Egyéb krónikus légúti betegség: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Autoimmun betegség: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Ismert immunszuppresszió: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **típusa:** HIV-pozitív / hosszú távú glükokortikoidok / ciklosporin / azatioprin / egyéb:
Mióta (dátum: év)?

Szív-érrendszeri betegségek: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **típusa:** IHD / STEMI / NSTEMI/ infarktus / angina / szívelégtelenség /
 kardiomiopátia / perifériás érrendszeri betegség / egyéb:
Mióta (dátum: év)?
 ha szívelégtelenség: **NYHA osztály:** I / II / III / IV.

Dagantos betegség: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Tumor típusa: agy/ pajzsmirigy/ tüdő / mell / szájüreg / nyelőcső/ gyomor / vastagbél /
 hasnyálmirigy/ máj / prosztata/ vese /húgyhólyag / petefészek/ méh / lymphoma/ leukémia/bőr /
 egyéb:
Diagnózis dátuma (év)?
Típus? jóindulatú / rosszindulatú
Jelenleg kezelés alatt áll: igen / nem

Májcirrózis/májzsugor: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
A diagnózis dátuma (év)?.....
Child osztály: A / B / C

Egyéb krónikus májbetegség: : igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

Dialízis-függő: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **Mióta** (dátum: év)?

Egyéb krónikus vesebetegség: : igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....
Pontosítsa:..... **A diagnózis dátuma (év)?**.....

2.3. Egyéb

ha krónikus légúti betegség, COPD-t vagy cisztás fibrózist, szívbetegséget, szívelégtelenséget bejelölte:
Szüksége van otthoni oxigénterápiára? igen/nem/ nincs adat

csak 14 éven felüli nőknél jelenjen meg:
Jelenleg várandós? igen / nem/ nincs adat
 ha igen: a terhesség hányadik hetében van?

csak 14 éven felüli nőknél jelenjen meg:
Szoptat? igen / nem/ nincs adat

Feküdt kórházban a legutóbbi kontroll óta? igen/nem/nem emlékszem

ha igen:

Milyen okból? terhesség/ baleset/ műtét/ az alapbetegségem kezelése/ tüdőgyulladás/ kivizsgálás/ már nem emlékszem, de feküdtem kórházban (többszörös választás)

Hány alkalommal? / nem emlékszik

Volt-e igazoltan COVID pozitív a legutolsó kontroll óta? igen / nem

ha igen:

Dátum:

Teszt típusa: gyorsteszt / PCR / szerológia

Kórházi kezelést igényelt? igen / nem

ha igen:

Hány napot töltött a kórházban:.....

Igényelt intenzív osztályos felvételt? igen/nem

ha nem:

Volt-e igazoltan COVID pozitív valaha? igen / nem

ha igen:

Dátum:

Teszt típusa: gyorsteszt / PCR / szerológia

Kórházi kezelést igényelt? igen / nem

ha igen:

Hány napot töltött a kórházban:.....

Igényelt intenzív osztályos felvételt? igen/nem

2.4 Gyógyszerek

Rendszeresen szedett gyógyszerek: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

a gyógyszer neve:

hatóanyag:

dózis: (csak szám!)

mértékegység: g / mg / NE / ug / ng

ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)

hányszor naponta (pl. 3):

Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális, rektális, nazális, inhalációs, egyéb:...

egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:

hatóanyag:

dózis: (csak szám!)

mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng

ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)

hányszor naponta (pl. 3):

Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,

rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,
rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,
rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,
rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,
rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

a gyógyszer neve:
hatóanyag:
dózis: (csak szám!)
mértékegység: g / mg / NE / ug/ ng
ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.)
hányszor naponta (pl. 3):
Az alkalmazás módja: intravénás, intramuszkuláris, szubkután, transzdermális, orális, enterális,
rektális, nazális, inhalációs, egyéb: ...
egyéb megjegyzések:

3. Oltás a legutolsó vizit óta

Kapott-e COVID-oltást? igen / nem/ nincs adat
 ha igen:

1. Oltás dátuma:.....

Oltás típusa: Comirnaty (Pfizer, BioNTech) / AstraZeneca, Vaxzevria, Covishield (AstraZeneca)/
 Sputnik-V(Gamaleya) / Moderna (Moderna) / BBIBP-CorV (Sinopharm) / Janssen (Jonshon and
 Jonshon) / CoronaVac (Sinovac) / egyéb:.....

Oltási szövődmény: allergiás reakció / egyéb:....

Oltás utáni tünetek: igen/ nem
 ha igen:

Hidegrázás: igen / nem/ nincs adat

Hőemelkedés/ láz: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:

Testhőmérséklet?..... °C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:....)

Izomfájdalom: igen / nem/ nincs adat

Ízületi fájdalom: igen / nem/ nincs adat

Gyengeség, kimerültség: igen / nem/ nincs adat

Ájulás/eszméletvesztés: igen / nem/ nincs adat

Szédülés: igen / nem/ nincs adat

Féjfájás: igen / nem/ nincs adat

Hányinger: igen / nem/ nincs adat

Hányás: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: **Hányszor:**

Csökkent étvágy: igen / nem

Oltás helye duzzadt / fájdalmas: igen / nem

Hasmenés: igen / nem

Aluszékonyosság: igen / nem

Alvászavar: igen / nem

Verejtékezés: igen / nem

Kiütés: igen / nem

Nyirokcsomó duzzanat: igen / nem

2. Oltás dátuma:.....

Oltás típusa: Comirnaty (Pfizer, BioNTech) / AstraZeneca, Vaxzevria, Covishield (AstraZeneca)/ Sputnik-V(Gamaleya) / Moderna (Moderna) / BBIBP-CorV (Sinopharm) / Janssen (Jonshon and Jonshon) / CoronaVac (Sinovac) / egyéb:.....

Oltási szövődmény: allergiás reakció / egyéb:.....

Oltás utáni tünetek: igen/ nem

ha igen:

Hidegrázás: igen / nem/ nincs adat

Hőemelkedés/ láz: igen / nem/ nincs adat

ha igen:

Testhőmérséklet?..... °C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:.....)

Izomfájdalom: igen / nem/ nincs adat

Ízületi fájdalom: igen / nem/ nincs adat

Gyengeség, kimerültség: igen / nem/ nincs adat

Ájulás/eszméletvesztés: igen / nem/ nincs adat

Szédülés: igen / nem/ nincs adat

Fejfájás: igen / nem/ nincs adat

Hányinger: igen / nem/ nincs adat

Hányás: igen / nem/ nincs adat

ha igen: **Hányszor:**

Csökkent étvágy: igen / nem

Oltás helye duzzadt / fájdalmas: igen / nem

Hasmenés: igen / nem

Aluszékonyság: igen / nem

Alvászavar: igen / nem

Verejtékezés: igen / nem

Kiütés: igen / nem

Nyirokcsomó duzzanat: igen / nem

4. Státusz

Vérnyomás: / Hgmm (sziszt. érték –MEWS)

Artériás középnyomás (MAP): (automatikus)

Pulzus:..... / perc (MEWS)

Testtömeg:..... kg/ g

Testmagasság:cm

BMI: (automatikus)

Légzésszám:..... / perc (MEWS)

Testhőmérséklet: ° C (axilláris/ rektális/ homlok/ intravaszkuláris/ egyéb:....) (MEWS)

Oxigén szaturáció(SpO2):.....%

Kap-e jelenleg oxigént vagy lélegeztetett-e a beteg? igen/nem

Glasgow skála:.....

AVPU skála: éber/ felszólításra reagál / fájdalomra reagál/ nem reagál (MEWS)

Akut szervi elégtelenség: igen / nem,
ha igen, **szervrendszer:** vese / központi idegrendszer/ tüdő/
keringés/ máj / egyéb

5. Biológiai minták

Teljes vér: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Szérum: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Plasma: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....

Nyál: igen/nem,
ha igen: **mintavétel időpontja:**.....