



## Kérdőív

## 1. Személyes adatok

Név:.....

Születési dátum:.....

TAJ szám:.....

Nem: férfi nő

Rassz: Indiai/Ázsiai - Fehér - Fekete

## 2. Részletek az anamnézisből

Milyen hasnyálmirigy betegsége volt/van a betegnek?

Akut Pankreatitisz (AP)

Akut Recurráló Pankreatitisz (ARP)

Krónikus Pankreatitisz (CP)

Autoimmun Pankreatitisz (AIP)

Pancreas tumor (PC)

egyéb: .....

Amennyiben a beteg anamnézisében AKUT PANKREATITISZ szerepel:

Hány alkalommal volt a betegnek akut epizódja?: .....

Mikor volt a beteg első akut pankreatitise (év): .....

Amennyiben a betegnél korábban KRÓNIKUS PANKREATITISZT igazoltak:

Mikor lett diagnosztizálva? .....

Hány alkalommal volt a betegnek akut epizódja?: .....

Mikor volt a beteg első akut epizódja (év): .....

Amennyiben a betegnél korábban PANKREASZ DAGANATOT igazoltak:

Mikor lett diagnosztizálva? .....

Volt-e a betegnek korábban krónikus pankreatitise? .....

Ha igen, mikor lett diagnosztizálva? .....

Hány alkalommal volt a betegnek akut epizódja?: .....

Mikor volt a beteg első akut epizódja (év): .....

OPR BETEGSZÁM

KÓRHÁZ

ORVOS

**FORM-A****Gyermekkori  
Pankreatitisz****APPLE-R****Cukorbetegség:** igen / nem

ha igen: megnevezése: I-es típ. / II-es típ. / IIIc típ. / MODY

mióta (év):.....

**Zsíryanycsere zavar:** igen / nem

ha igen: mióta (év):.....

**Glutén-szenzitív enteropathia:** igen / nem

ha igen: mióta (év):.....

**Családban előforduló hasnyálmirigy betegség:**

akut pankreatitisz igen / nem ha igen: rokon kapcsolat:.....

krónikus pankreatitisz igen / nem ha igen: rokon kapcsolat:.....

autoimmun pankreatitisz igen / nem ha igen: rokon kapcsolat:.....

pankreasz tumor igen / nem ha igen: rokon kapcsolat:.....

egyéb (megnevezése):..... rokon kapcsolat:.....

**Fejlődési/Anatómiai pankreasz rendellenesség:** igen / nem

ha igen:

megnevezése:.....

**Egyéb betegségek:** igen / nem

ha igen:

megnevezésük:.....

**Rendszeresen szedett gyógyszerek:** igen / nem

ha igen:

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

megnevezése:..... mennyisége:.....

**Diéta:** igen / nem

ha igen:

megnevezése:.....

A MAGYAR HASNYÁLMIRIGY MUNKACSOPORT ÉS AZ INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY KÖZÖS VIZSGÁLATA

**HPSG vezető és IAP tudományos bizottsági tag:**Hegyí Péter **Tel:** +36 70 375 1031 **e-mail:** hegyi2009@gmail.com**Vizsgálatvezető:**Párniczky Andrea **Tel:** +36 30 290 1728**e-mail:** andrea.parniczky@gmail.com

**3. Etiológia**

Biliáris	igen	nem	nincs adat
Alkohol	igen	nem	nincs adat
Vírus fertőzés	igen	nem	nincs adat
Trauma	igen	nem	nincs adat
Gyógyszer-indukálta	igen	nem	nincs adat
Veleszületett antómiai malformáció	igen	nem	nincs adat
Cystiás fibrosis	igen	nem	nincs adat
Hypertrigliceridaemia	igen	nem	nincs adat
Glutén-szenzitív enteropathia	igen	nem	nincs adat
Genetikus	igen	nem	még nem vizsgálták
Idiopathiás	igen	nem	nincs adat
Egyéb	igen	nem	
ha igen:			
megnevezés:.....			

**4. Genetikai vizsgálat**

Már korábban elvégezték? igen nem  
ha igen, eredmény:

.....  
.....  
.....

**Dátum:**

év: ..... hónap: ..... nap: ..... óra: ..... perc: .....

Orvos neve: ..... Aláírása: .....