**B FORM – UTÁNKÖVETÉS**

1. Személyes adatok és diagnózis

Dátum:..................................................

Randomizációs szám: …………………………

Kontrollon megjelent: igen/nem

 Ha nem: oka: kórházban van / elhunyt / non-compliance (nem együttműködő) / követés megszakadt / egyéb: …………………………………………………………………

2. Anamnézis (beválogatás/ utolsó kontroll óta)

2.1 Káros anyagok

**Dohányzás:**

fogyasztott dohánytermék: hagyományos cigaretta/ hevített dohánytermék (pl. IQOS)/ E-cigaretta/ egyéb (pl. pipa, szivar, tubák), :…………
 mennyiség (cigaretta / nap): …………………
 Hány hónapja? …………………………

**Alkoholfogyasztás:**
 gyakoriság: alkalmanként / havonta / hetente / napi
 mennyiség (g / nap): …………………………………
 Alkoholfogyasztás az elmúlt 2 hétben (kummulatív): ………………… ..

*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*

**Kávé fogyasztás:** igen/ nem / nincs adat
 gyakoriság: alkalmanként / havonta / hetente / napi
 mennyiség (eszpresszó / nap): …………………………………
 Kávé fogyasztás az elmúlt 2 hétben (kummulatív, eszpresszó(k)): ………………… ..

**Drogfogyasztás:** igen / nem/ nincs adat  ha igen: a drog megnevezése: …………………………………….

#

# 2.2 Társbetegségek (beválogatás óta kialakult/észlelt)

Diabetes mellitus: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: I. típusú / II. típusú / III. típus / MODY / egyéb / nincs adat
 A diagnózis dátuma (év) ……………………………….

Hipertónia: igen / nem/ nincs adat, (amennyiben gyógyszert szed rá, jelölni kell – akkor is ha emiatt fiziológiás tartományban van a vérnyomása)
 ha igen: mióta (dátum: év): ...................

COPD: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: a diagnózis dátuma (év): ..................

Asztma: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: a diagnózis dátuma (év): ..................

Egyéb krónikus légúti betegség: igen / nem/ nincs adat (emphysema, silicosis, krónikus bronchitis, tüdőfibrózis, sarcoidosis, kérdéses esetben orvosi segítséggel döntendő el a kérdés)
 ha igen: ........................
 a diagnózis dátuma (év): ..... ..

Autoimmun betegség: igen / nem/ nincs adat (gyulladásos bélbetegség, SLE, rheumatoid arthritis, Sjögren-szindróma, Basedow-kór, Hashimoto-thyreoiditis, scleroderma, Reiter-szindróma, sclerosis multiplex, anaemia perniciosa, coeliakia, autoimmune hepatitis, PBC, PSC, ITP, kérdéses esetben orvosi segítséggel döntendő el a kérdés)
 ha igen: .........
 a diagnózis dátuma (év): ........

Szív-érrendszeri betegségek: igen / nem / nincs adat
 ha igen: IHD / STEMI / NSTEMI / infarktus / angina / szívelégtelenség / kardiomiopátia / perifériás érrendszeri betegség

 egyéb: ......

IHD: ischaemias szivbetegség,

STEMI és NSTEMI AMI, azaz acut myocardialis infarctus altípusai

infarktus: amennyiben nincs dokumentálva, hogy STEMI vagy NSTEMI

cardiomyopathia: DCM, azaz dilatatív, HCM azaz hypertrophias, RCM azaz restrictive

perifériás érbetegség: generalizált atherosclerosis, bypass, stent

ha fent jelölt okból alakul ki szívelégteleség akkor az okot és a szívelégtelenséget is jelöljük

mióta (dátum: év): ..........
 ha szívelégtelenség: NYHA osztály: I / II / III / IV.

Májcirrózis/májzsugor: igen / nem / nincs adat
 ha igen: a diagnózis dátuma (év): ......

Egyéb krónikus májbetegség: igen / nem / nincs adat (autoimmune hepatitis, PBC, PSC, adenoma, NAFLD, zsírmáj, peilosis hepatis, intrahepaticus cholestasis, krónikus vírushepatitis, kérdéses esetben orvosi segítséggel döntendő el a kérdés)

Dialízis-függő: igen / nem/ nincs adat
 ha igen: mióta (dátum: év): ......

Egyéb krónikus vesebetegség: : igen / nem/ nincs adat (eGFR csökkenése segíthet, nephrosclerosis, zsugorvese, arteria renalis szűkület, kérdéses esetben orvosi segítséggel döntendő el a kérdés, amennyiben a betegnek egy veséje van de az jól működik nem kell jelölni)

# 2.3 Gyógyszerek

Rendszeresen szedett gyógyszerek: igen / nem/ nincs adat
 ha igen:
 a gyógyszer neve: ……… .. …… ..
 hatóanyag: ………………
 dózis: …………. (csak szám!)
 mértékegység: g / mg / NE,
 ha folyékony, koncentráció (pl. 10%, 1 g / 2 ml stb.) ……………………
 hányszor naponta (pl. 3): ………… .
 Az alkalmazás módja: intravénás / orális / rectalisan / subcutan/ transdermalis/ inhalatív/intramuszkuláris
 egyéb megjegyzések: ………………………………………

# 3. Laborvizsgálat

**Laborvizsgálat dátuma:**

**Vérkép**

Vörösvértest szám

Hemoglobin (HGB)

Hematocrit (HCT)

Mean corpuscular volume (MCV)

Mean corpuscular hemoglobin (MCH)

Mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC)

Vérlemezke szám (thrombocyta)

Red cell distribution width (RDW)

Fehérvérsejt szám

Reticulocyta arány

**Kvalitatív vérkép**

Neutrophil, segmentált

Neutrophil, band

Neutrophil, metamyelocyta

Eosinophil arány

Basophil arány

Monocyta arány

Lymphocyta arány

**Hemosztázis paraméterek**

international normalized ratio (INR)

prothrombin idő (PI)

**Ionok:**

Nátrium

Kálium

Kálcium

**Anyagcsere**

Totál bilirubin (TBIL)

Direkt bilirubin (DBIL)

Glükóz

Urea nitrogén (Karbamid)

Kreatinin

Totál cholesterol

HDL-cholesterol

LDL cholesterol

Triglicerid

**Fehérjék**

Albumin

Összfehérje

C- reaktív protein (CRP)

**Enzimek**

alfa-amiláz

lipáz

alanin-aminotranszferáz (ALAT/GPT)

aspartát-aminotranszferáz (ASAT/GOT)

alkalikus foszfatáz (ALP)

gamma-glutamyl-transzpeptidáz (Gamma GT)

laktát dehidrogenáz(LDH)

# 4. Dohányzás-leszokási startégiák, segédeszközök

Nikotinpótló terápia (tapasz, rágó, spray, csík stb.): igen/ nem

Bupropion: igen/ nem

Vareniklin: igen/ nem

Testedzés: igen/nem

Applikáció/ weboldal: igen/nem

Önsegítő program/módszerek: igen/ nem

Szakember segítsége: igen/ nem

Egyéb: …………………………………………………………………………………………………

# 5. Alkohol-leszokási startégiák, segédeszközök (az utolsó vizit óta)

Farmakoterápia (disulfiram, GHB, naltrexone, nalmefene stb.): igen/nem

Addiktológus segítségének igénybevétele: igen/nem

Pszichoterápia: igen/nem

Önsegítő program/módszerek: igen/nem

Anonim alkoholisták/ hasonló segítő szervezet: igen/nem

Elvonókúra (intézményben): igen/ nem

Egyéb: …………………………………………………………………………………………………

# 6. Kórházi ellátás (BEVONÁS/UTOLSÓ VIZIT ÓTA)

Sürgősségi ellátás: igen/ nem

Ha igen: dátum:

 ok: alkohollal kapcsolatos / NEM alkohollal kapcsolatos

 diagnózis:hasnyálmirigy-gyulladás / egyéb:………………………………………………

Felvétel: igen/ nem

Ha igen: dátum:

 ok: alkohollal kapcsolatos / NEM alkohollal kapcsolatos

 diagnózis:hasnyálmirigy-gyulladás / egyéb:………………………………………………

Megjegyzések…………………………………………………………………………………………..

**7. Biológiai minták**

Minta típusa: szérum/ plazma/ vizelet/ haj

Mintavétel dátuma:

Kódja:

**Megjegyzések:**