



Die körperliche Untersuchung muss bei Aufnahme erfolgen!
Das Blut für die Laboruntersuchung muss bei Aufnahme entnommen werden!
Dieses Formular muss bei Aufnahme ausgefüllt werden!

Fragebogen

1. Persönliche Daten des Patienten

Versicherungsnummer:.....

Vorname:.....

Nachname:

Geburtsdatum:.....

Geschlecht: weiblich männlich

Ethnizität, Rasse: Weis / Schwarz / Asiatisch-Indianisch/nicht bekannt

2. Details der Anamnese

Alkoholkonsum: ja / nein

Wenn ja: Häufigkeit: gelegentlich/monatlich/wöchentlich/täglich

Menge (g/Tag):.....

Seit wann? (Jahre):.....

Alkoholkonsum in den letzten 2 Wochen:

Wenn nicht:

Haben Sie früher Alkohol getrunken? Ja/nein

Wenn ja: Häufigkeit: gelegentlich/monatlich/wöchentlich/täglich

Menge (g/Gelegenheit):.....

Für wie viele Jahre?.....

Wie lange trinken Sie keinen Alkohol mehr?.....

Richtlinie für die Feststellung der Menge:

1 dl Bier (4.5 vol. %) = ~3.5 g Alkohol

1 dl Wein (12.5 vol. %) = ~10 g Alkohol

1 dl Hochprozentiges (50 vol. %) = ~40 g Alkohol

Rauchen: ja / ein

Wenn ja: Menge (Zigaretten/Tag):..... Seit wann (Jahre):

Wenn nein:

Haben Sie früher geraucht? Yes/no

Wenn ja: Menge(Packungen/Tag):.....

Für wie viele Jahre?.....

Vor wie vielen Jahren haben Sie aufgehört zu rauchen?.....

Drogenmissbrauch: ja / nein Bitte hier keine verschreibungspflichtigen
Medikamente angeben.

Wenn ja: Art der Droge:..... Menge:.....

Seit wann (Jahre):.....

(im Falle von mehreren Drogen, bitte in der Notizen Sektion am Ende beschreiben)

Diabetes mellitus: ja / nein

Wenn ja: Typ: Typ I. / Typ II. / Typ III. c / MODY

Seit wann (Jahre):.....

Land:
Stadt:
Krankenhaus:
Name des Arztes/Initialen:
Patientennummer:



FORM-A

Akute Pankreatitis

Fettstoffwechselkrankheit: ja / nein

Wenn ja: Typ: Seit wann (Jahre):.....

Krankheiten des Pankreas: ja / nein Die aktuelle Episode nicht einschließend.

Wenn ja: akute Pankreatitis/ chronische Pankreatitis/ autoimmun Pankreatitis/ Tumor/ andere

Wenn andere: bitte beschreiben:.....

Wenn der Patient eine akute Pankreatitis in der Vorgeschichte hat:

Wie oft vor dieser Episode hatte der Patient eine akute Pankreatitis:.....

Wann hatte der Patient seine erste akute Episode (Jahr):.....

Wenn der Patient eine chronische/autoimmun Pankreatitis hat:

Wann wurde es diagnostiziert?.....

Wie häufig hatte der Patient akute Episoden vor dieser Episode:.....

Wann hatte der Patient seine erste akute Episode (Jahr):.....

Wenn der Patient ein Pankreaskarzinom hat:

Wann wurde es diagnostiziert?.....

Wurde der Patient mit chronischer Pankreatitis diagnostiziert? ja / nein

Wenn ja, wann wurde es diagnostiziert?.....

Wie häufig hatte der Patient akute Episoden vor dieser Episode:.....

Wann hatte der Patient seine erste akute Episode (Jahr):.....

Andere Informationen:

.....

Pankreaskrankheiten in der Familiengeschichte:

Akute Pankreatitis: ja / nein Wenn ja: Verwandtschaftsverhältnis:.....

Chronische Pankreatitis: ja / nein Wenn ja: Verwandtschaftsverhältnis:.....

Autoimmun Pankreatitis: ja / nein Wenn ja: Verwandtschaftsverhältnis:.....

Pankreastumor: ja / nein Wenn ja: Verwandtschaftsverhältnis:.....

andere (bitte beschreiben):..... Verwandtschaftsverhältnis:.....

.....

Angeborene Fehlbildungen des Pankreas: ja / nein / keine Daten

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

Andere Krankheiten: ja / nein

Wenn ja: bitte auflisten/beschreiben:

.....

Regelmäßig eingenommene Medikamente: ja / nein

Bitte den Namen des aktiven Wirkstoffes angeben (z.B. Acetylsalicylsäure). Bitte die Menge in SI-Einheiten angeben (z.B. Milligramm, Gramm)

Wenn ja:

Name:.....aktive Substanz:.....

Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....

Art der Administration:..... Bemerkungen:

JOINT PROJECT ORGANIZED BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY





FORM-A

Akute Pankreatitis

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

(Wenn mehr Medikamente eingenommen werden, bitte in den Notizen am Ende beschreiben)

spezielle Diät: ja / nein

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

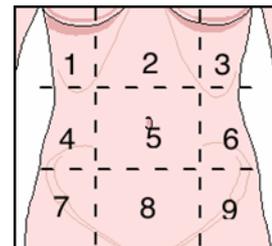
3. Ätiologie Bitte „ja“ angeben, wenn der ätiologische Faktor überprüft wurde, „nein“ wenn der ätiologische Faktor ausgeschlossen wurde, „keine Daten“ wenn der Faktor nicht kontrolliert wurde. Bitte geben Sie „ja“ bei „idiopathisch“ an, wenn kein ätiologischer Faktor identifiziert wurde.

Biliär	ja	nein	keine Daten
Alkohol	ja	nein	keine Daten
Virus Infektion	ja	nein	keine Daten
Trauma	ja	nein	keine Daten
Medikamenten-induziert	ja	nein	keine Daten
Angeborene Fehlbildungen	ja	nein	keine Daten
Cystische Fibrose	ja	nein	keine Daten
Gluten-sensitive Enteropathie	ja	nein	keine Daten
Hypertriglyceridaemie	ja	nein	keine Daten
Genetisch	ja	nein	wurde noch nicht getestet
Idiopathisch	ja	nein	
Andere	ja	nein	

Wenn ja: bitte beschreiben:.....

4. Beschwerden/Symptome

Abdomineller Schmerz: ja / nein
 Wenn ja: Seit wann (Stunden):.....
 Typ: krampfartig / drückend/ stechend
 Intensität (1-10):.....
 Ort: diffus/lokalisiert
 Bitte markieren Sie die Lokalisation!
 Ausstrahlung:.....



Übelkeit: ja / nein
Erbrechen: ja / nein
 Wenn ja: Wie oft:.....
 Was?:.....

JOINT PROJECT ORGANIZED BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY



FORM-A

Akute Pankreatitis

Subfebrilität/Fieber: ja / nein
 Wenn ja: Seit wann:.....
 Grad (°C):.....

Appetit: gut / vermindert / schlecht

Gewichtsverlust: ja / nein
 Wenn ja: Wie viel (kg):.....
 In welchem Zeitraum (Wochen):.....

Ikterus: ja / nein Wenn ja: Wie lange:.....

Stuhl: normal / Durchfall / Verstopfung / fettreich / stinkend / unverdaute
 Nahrung/blutig/schleimig

Bitte nur für den Zeitraum, kurz bevor die Symptome begonnen haben.

5. Aufnahme­details und Zustand

Blutdruck (mmHg):..... **Herzrate (/Minute):**.....
Körpergewicht (kg):..... **Körpergröße (cm):**.....
Atemfrequenz (/Minute):..... **Körpertemperatur (°C):**
 axillär/rektal

Sättigung (%): **Vorhergehende O₂ Therapie:** ja/nein

Abdomineller Druckschmerz: ja / nein **Abwehrspannung:** ja / nein

Ikterus: ja / nein

Glasgow Coma Scale (GCS):.....

Glasgow Coma Scale:

Augenreaktion

- 4 Punkte: spontanes Augenöffnen
- 3 Punkte: Augenöffnen als Reaktion auf Sprache
- 2 Punkte: Augenöffnen bei Schmerzreiz
- 1 Punkt: kein Öffnen der Augen

Sprachantwort

- 5 Punkte: orientiert
- 4 Punkte: Verwirrtheit
- 3 Punkte: eingeschränkte Sprache
- 2 Punkte: unverständliche Sprache
- 1 Punkt: keine Sprachantwort.

motorische Reaktion

- 6 Punkte: folgt Anweisungen
- 5 Punkte: regionale Reaktion bei Schmerzreiz
- 4 Punkte: Versucht Schmerzreiz auszuweichen
- 3 Punkte: auf Schmerzreiz Beugersynergismen
- 2 Punkte: auf Schmerzreiz Streckersynergismen
- 1 Punkt: keine Reaktion auf Schmerzreiz

JOINT PROJECT ORGANIZED BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY

6. Laborparameter bei Aufnahme**Obligate Laborparameter:**

Amylase (U/l)	
Lipase (U/l)	
(nur verpflichtet, wenn Amylase nicht erhoben wurde, bitte notieren Sie 0 für Amylase in diesem Fall)	
Leukozyten (G/l)	
Erythrozyten (T/l)	
Hemoglobin (g/l)	
Hematokrit (%)	
Thrombozyten (G/l)	
Serum Glucose (mmol/l)	
Blut-Harnstoff-Stickstoff BUN (mmol/l)	
Kreatinin (umol/l)	
eGFR	
C-reaktives Protein (mg/l)	
ASAT/GOT (U/l)	
Lactat Dehydrogenase LDH (U/l)	
Kalzium (mmol/l)	

Andere Parameter (wenn erhoben): Nur arterielle Blutgaswerte sollten erhoben werden.

Bitte markieren Sie den Zustand in dem die Blutgase ermittelt wurden:

Sauerstoff-Therapie: ja/nein

Natrium (mmol/l)	
Kalium (mmol/l)	
Gesamteiweiß (g/l)	
Albumin (g/l)	
Cholesterin (mmol/l)	
Triglyceride (mmol/l)	
ALAT/GPT (U/l)	
Gamma GT (U/l)	
Totales Bilirubin (umol/l)	
Direktes/Konjugiertes Bilirubin (umol/l)	
Alkalische Phosphatase (U/l)	
BSR (mm/h)	
Procalcitonin (ng/ml)	
IgA (g/l)	
IgM (g/l)	
IgG (g/l)	
IgG4 (g/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
PaO ₂ (mmHg)	
HCO ₃ (mmol/l)	
sO ₂ (%)	
Schweiß Cl (mmol/l)	
Urin Amylase	
Urin Lipase	
Urin Kreatinin	
(andere)	

Virus Serology: ja nein

Welche Viren?..... Resultate:.....

JOINT PROJECT ORGANIZED BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP AND THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF PANCREATOLOGY





FORM-A

Akute Pankreatitis

7. Bildgebende Verfahren bei Aufnahme

Hat der Patient einen Pleuraerguss?	ja	nein	N/A
Hat der Patient Lungeninfiltrate?	ja	nein	N/A
Hat der Patient eine abnormale Pankreasstruktur?	ja	nein	N/A

Wenn ja: hypoechoisch/hyperechoisch/peripankreatische Flüssigkeit /unregelmäßige und verschwommene Kontouren/Wirsung-Dilatation (über 1mm)/Ascites/ Kalzifikationen/Zysten

Abdominelle Ultrasonographie: ja nein
Beschreibung:

.....
.....

Abdominelles Röntgen: ja nein
Beschreibung:

.....
.....

Thorax Röntgen: ja nein
Beschreibung:

.....
.....

Thorax CT: ja nein
Beschreibung:

.....
.....

Abdominelles CT: ja nein
Beschreibung:

.....
.....

8. Gentests

Wurde es früher durchgeführt? ja nein
Wenn ja: bitte beschreiben:

.....
.....

9.a I.V. Flüssigkeit in den ersten 24h

I.V. Flüssigkeit in den ersten 24h.....ml

Gezählt vom Beginn der medizinischen Behandlung bis zum Ende der ersten 24 Stunden. Beinhaltet alle Arten von i.v. Flüssigkeiten (z.B. i.v. Antibiotika) gegeben im Krankenwagen, Notaufnahme, und auf Station.



9.b Sofortige Therapie des Patienten am Tage der Aufnahme

I.V. Flüssigkeit **ja** **nein**
 Wenn ja: Typ der Flüssigkeit.....
 Menge (ml).....

Enterale Ernährung? **ja** **nein**
 Wenn ja: naso-gastrisch / naso-jejunal
 Nahrungstyp:
 Menge:..... (ml)
 Verdünnung: ja nein

Schmerzbehandlung: **ja** **nein**
 Wenn ja:
 Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Antibiotische Therapie: **ja** **nein**
 Wenn ja:
 Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Name:.....aktive Substanz:.....
 Dosis(Gramm, Milligramm, etc.) Wenn Flüssigkeit, Konzentration (z.B. 10%, 1g/2ml, etc.)..... Wie häufig am Tag? (z.B.: 3).....
 Art der Administration:..... Bemerkungen:

Insulin: **ja** **nein**
 Wenn ja: Name des Medikaments:.....
 totale Dosis der Medikation:.....



FORM-A

Akute Pankreatitis

Intensivpflege: ja nein
 Wenn ja: namentlich (Beatmung, Vasopressor Therapie):.....

andere:
 Wenn ja: Bitte beschreiben:.....

10. Interventionen, endoskopische Behandlung: ja nein

Wenn ja: ERCP-EST/endobiliärer Stent/Wirsung stent/Zysten-Drainage
 Stent: 1 Plastik-Stent/mehrere Plastik-Stents/unbeschichteter Metallstent/beschichteter Metallstent
 Frühe Komplikationen:
 Keine/Blutung/Perforation
 ERCP: ja nein
 Wenn ja:
 Erfolgreiche biliäre Kanulation: ja nein wenn ja: Notizen:.....
 Precut: ja nein
 wenn ja: Nadelmesser/Precut Papillotomie
 EST: ja nein wenn ja: biliär/pankreatisch
 Steinentfernung: ja nein
 Stent: ja nein wenn ja: Metall/Plastik
 Wie viel Stück? Länge (cm)? Durchmesser(Fr)?
 Pankreasgang-Füllung? Ja nein wenn ja: Notizen:.....

11. Komplikationen

Bitte pankreatische Komplikationen nur angeben, wenn diese mittels bildgebenden Verfahren am Aufnahmetag nachgewiesen wurden.

Pankreatische: ja nein keine Daten
 Wenn ja: Flüssigkeitsansammlungen /Pseudozysten /Nekrosen/Diabetes

Organversagen: ja nein
 Wenn ja: Lunge /Herz /Niere/andere

Tod: ja nein
 Wenn ja: exakter Zeitpunkt des Todes: z.B. 10.25 oder 22.45

12. Epikrise: *Kurze Zusammenfassung der Krankenhausaufnahme (Wie kam der Patient in medizinische Behandlung, Diagnose, wichtigste Fakten und Vorkommnisse der Aufnahme, was passierte mit dem Patienten nach Aufnahme, welche empfohlenen Kontrolluntersuchungen, chirurgische Eingriffe)*

.....

Notizen

.....

Datum: Jahr: Monat: Tag: Stunde: Min:

Name des Arztes: **Unterschrift:**