



Анкета

1. Персональные данные пациента

Имя:

Фамилия:

Дата рождения:

Номер страхового свидетельства:

Пол: мужской женский

Этническая/расовая принадлежность:

Белая / Черная / Индо-азиатская / Не известна

2. АнамнезКакое именно заболевание поджелудочной железы имел/имеет пациент?

Острый панкреатит (ОП)

Часто рецидивирующий панкреатит (РОП)

Хронический панкреатит (ХП)

Аутоиммунный панкреатит (АИП)

Рак поджелудочной железы (РПЖ)

Иное:

Если у пациента ЧАСТО РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ПАНКРЕАТИТ:

Сколько эпизодов острого панкреатита наблюдалось у пациента:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Если пациент страдает ХРОНИЧЕСКИМ/АУТОИММУННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ:

Когда был поставлен диагноз?

Сколько эпизодов острого панкреатита наблюдалось у пациента:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Если пациент страдает РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Когда был поставлен диагноз?

Был ли диагностирован хронический панкреатит? да/нет

Если да, когда был поставлен диагноз?

Сколько эпизодов острого панкреатита наблюдалось у пациента:

Когда случился первый острый эпизод (год):

Сахарный диабет: да /нет

если да: тип: Тип I. / Тип II. с какого момента (год):

Глютен-зависимая энтеропатия: да /нет если да: с какого момента (год):

Нарушения жирового обмена: да /нет

если да: тип:

Страна:

Город:

Клиника:

ФИО/Инициалы
лечащего врача:

№ пациента:

ФОРМА А

Панкреатит
у детей

APPLE-R

Иная информация:

.....

.....

Панкреатические расстройства в семейном анамнезе:

острый панкреатит:	да/нет	если да: степень родства с пациентом:
хронический панкреатит	да/нет	если да: степень родства с пациентом:
аутоиммунный панкреатит:	да/нет	если да: степень родства с пациентом:
рак поджелудочной железы:	да /нет	если да: степень родства с пациентом:
если другое: пожалуйста, опишите:.....		степень родства с пациентом:

Врожденные анатомические мальформации поджелудочной железы: да/нет/нет данных

если да: опишите, пожалуйста:.....

.....

.....

Другие заболевания: да/нет

если да: пожалуйста, перечислите/опишите:

.....

.....

.....

Регулярный прием лекарственных препаратов: да/нет

если да:

наименование:	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....
наименование :	количество:.....	с какого момента?.....

(если применяются и другие препараты, пожалуйста, опишите их в разделе ПРИМЕЧАНИЯ в конце документа)

Диета: да/нет

если да: опишите, пожалуйста:

ФОРМА А

Панкреатит у детей



3. Этиология

Билиарная	да	нет	нет данных
Алкоголь	да	нет	нет данных
Вирусная инфекция	да	нет	нет данных
Травма	да	нет	нет данных
Ятрогенная	да	нет	нет данных
Врожденная анатомическая мальформация	да	нет	нет данных
Муковисцидоз	да	нет	нет данных
Гипертриглицеридемия	да	нет	нет данных
Глютен-зависимая энтеропатия	да	нет	нет данных
Генетическая	да	нет	не проверено
Идиопатическая	да	нет	нет данных
Иная	да	нет	

если да: опишите, пожалуйста:

4. Генетический анализ

Выполнялся ли ранее? да нет
 если да: опишите, пожалуйста:

.....

ДАТА:
 ГОД: МЕСЯЦ: ДЕНЬ: ЧАС: МИН:

ФИО ВРАЧА:..... ПОДПИСЬ: