



**Медицинский осмотр должен быть сделан ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ!
Кровь для лабораторных параметров должна быть взята ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ!
Эта форма должна быть заполнена ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ!**

Анкета

1. Персональные данные пациента

Фамилия:
Имя:.....
Дата рождения:.....
Номер страхового свидетельства:

Пол: мужской женский

Этническая/расовая принадлежность:
белый / черный /индо-азиатский / не известно

2. Особенности из истории болезни

Употребление алкоголя: да / нет

Если да: частота: иногда / ежемесячно / еженедельно / ежедневно
Количество (грамм/ день):
Продолжительность (годы):

Употребление алкоголя в последние 2 недели (грамм):.....

Если нет: **Употребляли ли Вы алкоголь ранее? Да/нет**
Если да: то укажите частоту:
иногда/раз в месяц/ раз в неделю/ежедневно
Количество (грамм за один раз).....
Продолжительность (годы):

Сколько лет назад вы перестали употреблять алкоголь?.....

Руководство для оценки количества:

10 мл пива (4.5% алкоголя) = ~3.5 г алкоголя
10 мл вина (12.5% алкоголя) = ~10 г алкоголя
10 мл крепкого напитка (50% алкоголя) = ~40 г алкоголя

Курение: да / нет

Если да: Количество (сигарет в день):.....
Продолжительность курения (годы):

Если нет: **Курили ли вы ранее? да / нет**
Если да: укажите количество (штук/за день).....
В течение скольких лет?.....
Как давно вы бросили курить?.....

Употребление наркотиков: да / нет *Препараты назначенные врачом здесь не указываются.*

Если да: Тип наркотика:..... Количество:.....
Продолжительность (годы):

(если употребляет больше наркотиков, пожалуйста, опишите их в секции ПРИМЕЧАНИЙ в конце)

Страна:
Город:
Клиника:
ФИО/Инициалы лечащего врача:
№ пациента:

ФОРМА А

ОСТРЫЙ
ПАНКРЕАТИТ

Сахарный диабет: да / нет

Если да: Тип: I. / II.

Длительность анамнеза (годы):.....

Глютеновая энтеропатия (целиакия): да / нет

если да, с какого года

Нарушения липидного обмена: да / нет

Если да: Тип:

Длительность анамнеза (годы):.....

Болезни поджелудочной железы: да / нет *Текущий эпизод обострения не учитывается.*

Если да: острый панкреатит/ хронический панкреатит/ аутоиммунный панкреатит/ опухоль/ другое

Если другое: пожалуйста опишите:

Если у пациента был ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ в анамнезе:

Сколько раз у пациента были острые эпизоды перед этим эпизодом:

Количество обострений перед последним обострением:.....

Когда у пациента был первый эпизод острого панкреатита (год):.....

Если у пациента есть ХРОНИЧЕСКИЙ/АУТОИММУННЫЙ ПАНКРЕАТИТ:

Когда это было диагностировано?.....

Когда у пациента был первый эпизод острого панкреатита (год):.....

Если у пациента есть РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Когда был диагностирован?.....

Был ли у пациента диагностирован хронический панкреатит? да/нет

Если да, когда установлен диагноз?.....

Количество обострений перед последним обострением:.....

Когда у пациента было первое обострение? (год):.....

Другая информация:

.....

Семейный анамнез по заболеваниям поджелудочной железы:

Острый панкреатит: да/нет Если да : степень родства

Хронический панкреатит: да/нет Если да : степень родства

Аутоиммунный панкреатит: да/нет Если да : степень родства

Опухоль поджелудочной железы: да/нет Если да : степень родства

другое(пожалуйста укажите): степень родства

Врожденные аномалии поджелудочной железы: да / нет / неизвестно

Если да : пожалуйста укажите:.....

Другие болезни: да/нет

Если да: пожалуйста укажите, опишите их:

Препараты, принимавшиеся регулярно: да / нет *Просьба указать название активного вещества (например, "Ацетилсалициловая кислота"). Пожалуйста, укажите количество, используя Международную систему единиц -СИ (например миллиграмм, грамм)*

Если да:

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.)
сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.)
сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.)
сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания
(Если есть другие лекарственные препараты, пожалуйста, опишите их в разделе ПРИМЕЧАНИЙ в конце)

Диета: да / нет

Если да: пожалуйста укажите:.....

3. Этиология

Билиарный	да	нет	неизвестно
Алкогольный	да	нет	неизвестно
Вирусная инфекция	да	нет	неизвестно
Травма	да	нет	неизвестно
Норкотик-индуцированный	да	нет	неизвестно
Врожденная аномалия	да	нет	неизвестно
Кистозный фиброз (муковисцидоз)	да	нет	неизвестно
Глютеназависимая энтеропатия	да	нет	неизвестно
Гипертриглицеридемия	да	нет	неизвестно
Генетический	да	нет	неизвестно
Идиопатический	да	нет	неизвестно
Другое	да	нет	

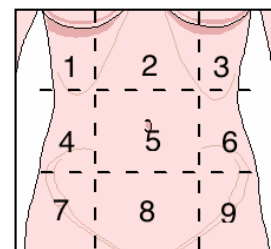
Если да: пожалуйста, укажите:.....

*Ответ "Да", если связь с этиологическим фактором доказана.
Ответ "нет", если связь с этиологическим фактором может быть исключена
Ответ "неизвестно", если этиологический фактор не рассматривался.
Пожалуйста, ответьте "да" на "Идиопатический" если этиологический фактор не был выявлен.*

4. Жалобы, симптомы

Боль в животе: да/нет

Если да: с какого времени (часы):.....
тип: судороги / вялость / раздражительность
интенсивность (1-10):.....
локализация: диффузная / локализованная
Пожалуйста, отметьте расположение! →



иррадиация:.....

ФОРМА А

ОСТРЫЙ
ПАНКРЕАТИТ

Тошнота: да/нет
 Рвота: да/нет
 Если да: сколько раз:.....
 содержимое:.....

Субфебрилитет\лихорадка: да/нет
 Если да: длительность):.....
 температура(°C):.....

Аппетит: хороший / сохранен / плохой

Потеря веса: да/нет
 Если да: На сколько (кг):.....
 За какой период (недели):.....

Желтуха: да/нет
 Если да: длительность):.....

Стул: нормальный/ диарея / запор /жирный / гнилостный / непереваренная пища

Пожалуйста укажите непосредственно перед возникновением симптомов

5. Объективные данные

Кровяное давление (мм рт ст):..... ЧСС (/мин):.....

Вес (кг):..... Рост (см):.....

ЧДД (/мин):..... Температура тела (°C):.....

Болезненные ощущения в брюшной полости: да/нет

Мышечная защита: да/нет

Насыщение кислородом (%):.....

Проводилась ли кислородотерапия : Да/нет

Желтуха: да/нет

Шкала комы Глазго (GCS):.....

<p>Открытие глаз (E, Eye response)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Произвольное — 4 балла ○ Как реакция на вербальный стимул — 3 балла ○ Как реакция на болевое раздражение — 2 балла ○ Отсутствует — 1 балл 	<p>Двигательная реакция (M, Motor response)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Выполнение движений по команде — 6 баллов ○ Целенаправленное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) — 5 баллов
<p>Речевая реакция (V, Verbal response)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Больной ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос — 5 баллов ○ Больной дезориентирован, спутанная речь — 4 балла ○ Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу — 3 балла ○ Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос — 2 балла ○ Отсутствие речи — 1 балл 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Отдёргивание конечности в ответ на болевое раздражение — 4 балла ○ Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение — 3 балла ○ Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение — 2 балла ○ Отсутствие движений — 1 балл

ОСТРЫЙ ФОРМА А ПАНКРЕАТИТ



6. Лабораторные параметры при поступлении

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ:

Амилаза Amylase (U/l)	
Липаза(U/l) Lipase (обязательно, только если амилаза не измеряется пожалуйста, поставьте 0 (ноль) для амилазы в данном случае)	
Количество Лейкоцитов (WBC) (г/л) White blood cell (WBC) count (G/l)	
Количество Красных клеток крови (эритроцитов) (Т / L) Red blood cell (RBC) count (T/l)	
Гемоглобин (г/л) Hemoglobin (g/l)	
Гематокрит Hematocrit (%)	
Тромбоциты Thrombocyte (G/l)	
Сывороточная глюкоза (моль/л) Serum glucose (mmol/l)	
Азот мочевины крови (моль/л) Blood urea nitrogen (mmol/l)	
Креатинин Creatinine (umol/l)	
Клиренс креатинина по Кокрофту	
С-реактивный белок (мг/л) C-reactive protein (mg/l)	
АСАТ ASAT/GOT (U/l)	
ЛДГ Lactate dehydrogenase LDH (U/l)	
Кальций (моль/л) Calcium (mmol/l)	

ДРУГИЕ ПАРАМЕТРЫ (если измерено):

Должны регистрироваться только параметры газового состава артериальной крови.

Просьба указать газовый состав крови : Предшесвующая кислородотерапия : да / нет

Натрий (моль/л) Sodium (mmol/l)	
Калий (моль/л) Potassium (mmol/l)	
Общий белок (г/л) Total protein (g/l) Общий белок	
Альбумин (г/л) Albumin (g/l)	
Холестерол (моль/л) Cholesterol (mmol/l)	
Триглицериды (моль/л) Triglyceride (mmol/l)	
АЛАТ ALAT/GPT (U/l)	
ГГТП Gamma GT (U/l)	
Общий билирубин Total bilirubin (umol/l)	
Прямой билирубин Direct/Conjugated bilirubin (umol/l)	
Щелочная фосфатаза Alkaline phosphatase (U/l)	
Erythrocyte sedimentation rate(ESR)/Westergren (mm/h)	
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) / Вестергрэн (мм / ч)	
Procalcitonin (ng/ml) Прокальцитонин	
IgA (g/l)	
IgM (g/l)	
IgG (g/l)	
IgG4 (g/l)	
CA 19-9 (U/ml)	
PaO ₂ (Hgmm)	
HCO ₃ (mmol/l)	
sO ₂ (%)	
хлориды пота (mmol/l)	
амилаза мочи urine amylase	
липаза мочи urine lipase	
креатинин мочи urine creatinine	

вирусная серология, какой вирус?

результаты:.....

7. Исследования при поступлении

Есть ли у пациента плевральная жидкость?	да	нет	неизвестно
Есть ли у пациента инфильтрат легкого?	да	нет	неизвестно
Есть ли у пациента нарушения структуры поджелудочной железы?	да	нет	неизвестно

Если да: гипоехогенность / гиперэхогенность / перипанкреатическая жидкость / нерегулярные и размытые контуры / расширение Вирсунгова протока (выше 1 мм) / асцит / кальцификация / киста

УЗИ брюшной полости: да нет

Описание:.....
.....
.....

Rg брюшной полости: да нет

Описание:.....
.....
.....

Rg грудной клетки: да нет

Описание:.....
.....
.....

МСКТ грудной клетки: да нет

Описание:.....
.....
.....

МСКТ брюшной полости: да нет

Описание:.....
.....
.....

8. Генетическое тестирование

Было ли выполнено ранее?: да нет

если да: пожалуйста, опишите:
.....
.....

9.а Внутривенное введение жидкости в первые 24 часа

Внутривенное введение жидкости в первые 24 часа..... мл

Следует учитывать начиная с момента оказания первой помощи до истечения 24 часов терапии, включая любой вид внутривенной жидкости (например в/в антибиотики) в машине скорой помощи или в приемном отделении больницы.

ФОРМА А

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ



9.6 Неотложная терапия при поступлении

Вопросы терапии имеющие отношение к дню госпитализации отсюда.

Парентеральное питание да нет
 Если да: Тип жидкости.....
 количество(ml).....

Энтеральное питание да нет
 Если да: Назогастрально/ назоинтестинально
 Формула: количество:..... (ml)
 растворение: да нет

Лечение боли: да нет
 Если да:
 Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Антибактериальная терапия: да нет
 Если да:
 Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Название:действующее веществодоза (грамм, миллиграмм и т.д.)если жидкость, концентрация (например, 10%, 1 г / 2 мл, и т.д.) сколько раз в день (например, 3)тип введения: другие примечания

Инсулин: да нет
 Если да: Название препарата:.....доза:.....

Интенсивная терапия: да нет
 Если да: А именно (ИВЛ, вазопрессорная терапия):.....

Другое: да нет
 Если да: указать:.....

ФОРМА А

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ



10. Эндоскопические и хирургические вмешательства:

да нет

Если да: ЭРХПГ-ЭПСТ/билиарное стентирование/стентирование главного панкреатического протока/дренирование кисты

Стент: 1 пластиковый стент/больше 1 пластикового стента/непокрытый металлический стент/покрытый металлический стент

Ранние осложнения: нет/кровотечение/перфорация

ЭРХПГ: да нет

Если да:

Успешное билиарное канюлирование : да нет если да: примечания:

Прекат папиллотомия: да нет если да: фистулотомия / прекат от устья

ЭПСТ : да нет если да: желчный проток/панкреатические протоки

Извлечение конкремента: да нет

Стент: да нет если да: металлический/пластиковый

Сколько штук? диаметр(Fr)? длина(см).....

Пройодимость главного панкреатического протока: да нет если да: примечания:

11. Осложнения *Пожалуйста отметьте панкреатические осложнения в виде жидкостных скоплений/псевдокисты / некроза только если у вас доказательства по данным методов визуализации в день поступления, в противном случае, пожалуйста, отметьте "нет данных".*

Панкреатические: да нет неизвестно

Если да: Жидкостные скопления /псевдокисты / некроз / диабет

Отказ органа: да нет

Если да: легкие /сердце / почки /другое

Смерть: да нет

12. Эпикриз *Краткие данные о госпитализации (как пациент получил медицинскую помощь, диагноз, наиболее важные факты и события госпитализации, что произошло с больным после госпитализации, все рекомендуемые контрольные обследования, операции)*

.....

примечания

.....

Дата: Год: месяц: день: час МИН:

Имя доктора: подпись: