



Upitnik-Anketa

1. Lični podaci

Ime:.....

Datum rođenja:.....

Broj zdravstvene knjižice:.....

Pol: muško žensko

Rasa: Indijac/Azijanac - Bijelac - Crnac

2. Podatci iz anamneze

Koji bolest pankreasa je imao/ima bolesnik?

Akutni Pankreatitis (AP)

Akutno Recurentni Pankreatitis (ARP)

Hronični Pankreatitis (CP)

Autoimuni Pankreatitis (AIP)

Tumor Pancreasa (PC)

Ostalo:

Ukoliko pacijent ima u istoriji bolesti AKUTNI PANKREATITIS:

Koliko puta je pacijent imao akutne epizode? :

Kada je imao prvi napad akutne faze (godina):

Ukoliko kod pacijenta ranije su diagnosticirali HRONIČNI PANKREATITIS:

Kad su utvrdili dijagnozu?

Pre toga koliko puta je pacijent imao akutne epizode? :

Kada je imao prvi napad akutne faze (godina):

Ukoliko kod pacijenta ranije su diagnosticirali TUMOR PANKREASA:

Kad su utvrdili dijagnozu?

Da li je pacijent ranije imao hronični pankreatitis?

Ako DA, kad su utvrdili dijagnozu?

Koliko puta je pacijent imao akutne epizode? :

Kada je imao prvi napad akutne faze (godina):

COUNTRY:
CITY:
BOLNICA:
LEKAR:
BOLESNIČKI BROJ:

FORM-A**DEČIJI
PANKREATITIS****APPLE-R**

Diabetes: da / ne

Ako DA: Koji tip: I- tip. / II- tip. / IIIc tip. / MODY

Od kada (godina):.....

Poremećaj metabolizma masti: da / ne Ako DA: od(godina):.....

Gluten-senzitivna enteropatija: da / ne Ako DA: od(godina):.....

Druge informacije:

.....

.....

.....

U porodici da li je imao neko bolest pankreasa : da / ne

akutni pankreatitis da / ne Ako DA: porodični odnos:.....

hronični pankreatitis da / ne Ako DA: porodični odnos:.....

autoimuni pankreatitis da / ne Ako DA: porodični odnos:.....

tumor pankreasa da / ne Ako DA: porodični odnos:.....

ostalo(naziv):..... porodični odnos:.....

Razvojne anomalije pankreasa: da / ne

Ako DA:

naziv:.....

Ostala oboljenja: da/ ne

Ako DA: naziv:.....

Redovno ste uzimali lek: da / ne

Ako DA:

naziv:..... količina:.....

naziv:..... količina:.....

naziv:..... količina:.....

naziv:..... količina:.....

naziv:..... količina:.....

Dijeta: da / ne

Ako DA:

Naziv:.....

**3. Etiologija**

Biliarno	da	ne	nema podataka
Alkohol	da	ne	nema podataka
Virusna infekcija	da	ne	nema podataka
Trauma	da	ne	nema podataka
Indukovan sa lekovima	da	ne	nema podataka
Urođena mana	da	ne	nema podataka
Cistična fibrosa	da	ne	nema podataka
Hipertrigliceridaemia	da	ne	nema podataka
Gluten-senzitivna enteropathija	da	ne	nema podataka
Genetika	da	ne	nije ispitano
Idiopathija	da	ne	nema podataka
Ostalo	da	ne	

Ako DA:

naziv:.....

4. Genetsko ispitivanje

Da li su ispitivanje odradili ranije? da ne

Ako DA, rezultati:

.....

.....

.....

Datum:

dan: mesec: godina: sat: minut:.....

Ime lekara:Potpis: